

Suzana Maria Fernandes Serrano André

## **ESTADO DE ÂNIMO E SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS: CONTRIBUTOS PARA MELHOR CUIDAR**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem  
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da  
Universidade do Porto

Orientador: Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes  
Categoria – Professor Adjunto

Afiliação - Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico  
de Viseu

Co-orientador - Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira  
Rodrigues

Categoria – Professor Coordenador com Agregação

Afiliação – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Co-orientador – Professora Doutora Maria Manuela Martins

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto



## RESUMO

O estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores determinam saberes que, dentro de um contexto familiar, social, político, económico e cultural, precisam ser observados e desvendados, tendo presente as características pessoais do cuidador e da pessoa alvo dos seus cuidados, para melhor cuidar.

O estudo descritivo com análise correlacional explicativa foi desenvolvido segundo um coorte transversal no sentido de avaliar o funcionamento mental dos cuidadores informais. Foram objectivos do estudo avaliar o estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores e analisar o modo como os determinantes pessoais e situacionais os influenciam. A recolha de dados foi suportada no *Índice de Katz, Escalas de Graffar e de Apgar Familiar, de Apoio Social, de Vulnerabilidade ao Stress e de Rastreio em Saúde Mental; Inventários Clínico de Autoconceito, de Personalidade e de Depressão de Beck; Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal*;

A amostra não probabilística por conveniência, ficou constituída por 636 cuidadores, residentes na Sub-Região Dão Lafões integrada na NUTS III. O perfil do cuidador informal caracteriza-se por ser mulher, com cerca de 50 anos, casada, com o grau de parentesco filho(a) ou genro/nora, sem actividade laboral, residente na zona rural e com um nível socioeconómico razoável. Os resultados mostraram que, 9,1% dos cuidadores informais apresentam sintomatologia depressiva grave e que 58,0% apresentam boa saúde mental. Os cuidadores informais com estado de ânimo positivo, apresentam melhor autoconceito, menor sobrecarga nas dimensões *implicações na vida pessoal, satisfação com o papel familiar, reacções a exigências e na sobrecarga emocional*, melhor apoio social, melhor funcionalidade familiar e melhor nível socioeconómico. Os cuidadores com pior saúde mental, apresentaram sintomatologia depressiva mais grave, maior vulnerabilidade ao stress, maior sobrecarga nas dimensões *suporte familiar, sobrecarga financeira, percepção dos mecanismos de eficácia e controlo* e traço de neuroticismo mais acentuado. Globalmente, as variáveis psicossociais associaram-se ao estado de ânimo e saúde mental assumindo-se como determinantes do funcionamento mental dos cuidadores informais. Especificando, os resultados sustentam que a *vulnerabilidade ao stress, implicações da vida pessoal do cuidador, reacções e exigências, nível socioeconómico e auto-eficácia*, predizem o estado de ânimo. A *vulnerabilidade ao stress, implicações na vida pessoal e neuroticismo*, predizem também a saúde mental dos cuidadores informais, sugerindo que os enfermeiros as devem incluir no planeamento das acções de saúde que lhe são dirigidas.

Palavras-chave: Cuidadores, Depressão, Saúde Mental, Acidente Vascular Cerebral



## ABSTRACT

The state of mind and mental health of caregivers determine knowledge that, within a family, social, political, economic and cultural context, must be observed and unravelled, considering the personal characteristics of the caregiver and the person receiving their care in order to improve the care that is provided.

The descriptive study with explanatory co-relational analysis was developed in accordance with a cross-sectional cohort to assess the mental functioning of informal caregivers. The aims of the study were to assess the state of mind and mental health of informal caregivers and to examine how personal and situational determinants influence them. Data were collected with recourse to *the Katz Index, the Graffar and the Apgar Family, the Social Support, the Vulnerability to Stress and the Mental Health Screening Scales; the Clinical Self-concept, the Personality and the Beck Depression Inventories; and the Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire.*

The non-probability sample of convenience was composed of 636 caregivers living in the Dão Lafões Sub-Region integrated in NUTS 3. The profile of the informal caregiver is characterized as being an approximately 50 year-old married woman with who is daughter (or son) or a daughter-in-law (or son-in-law), who is not employed, resides in a rural area and with a reasonable socioeconomic status. The results show that 9.1% of the informal caregivers have severe depressive symptoms and 58.0% are in good mental health. Informal caregivers with a positive state of mind have a better self concept, lower overload in the dimensions of *implications to personal life, satisfaction with the role of family, reactions to demands and emotional overload*, better social support, better family functioning and better socioeconomic status. Caregivers with poorer mental health have more severe depressive symptoms, greater vulnerability to stress, increased overload in the dimensions of *family support, financial burden, perception of the mechanisms of efficacy and control* and a more pronounced neuroticism. Overall, the psychosocial variables were associated with state of mind and mental health and were determinants of informal caregivers' mental functioning. That is, the results imply that *vulnerability to stress, implications to the caregiver's personal life, reactions to demands, socioeconomic status and self-efficacy* predict state of mind. *Vulnerability to stress, implications to the caregiver's personal life and neuroticism* also predict the mental health of informal caregivers, suggesting that nurses should include these in their health actions plans.

Keywords: Caregivers, Depression, Mental Health, Cerebrovascular Accident



## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, foi de extrema importância para o nosso enriquecimento, tanto a nível profissional, como a nível pessoal. Ao longo do tempo, foram várias as pessoas que nos acompanharam e que contribuíram de certa forma para que a concretização deste trabalho fosse possível e a todos queremos expressar o nosso profundo agradecimento e de uma forma especial:

*À Ex.<sup>a</sup> Senhora Professora Doutora Madalena Cunha, orientadora da dissertação, pelo estímulo afectuoso, amigo e apoio incondicional, nesta investigação, arriscando-nos a afirmar que a ela devemos a graça de estar neste momento a fazer esta nota de agradecimento. Acima de tudo, obrigada por nos continuar acompanhar nesta caminhada e por estimular o nosso interesse pelo conhecimento e pela vida académica;*

*Ao Ex.<sup>o</sup> Senhor Professor Doutor Vítor Rodrigues. Orientador desta dissertação, queremos testemunhar o nosso agradecimento pela sua constante disponibilidade em nos orientar, por toda compreensão e amizade patenteadas, e connosco reflectir sobre as diversas questões que a investigação ia originando;*

*À Ex.<sup>a</sup> Senhora Professora Doutora Maria Manuela Martins. Orientadora desta dissertação, pela sua amabilidade e disponibilidade em aceitar ser nossa orientadora e pela sua sabedoria e objectividade.*

*Ao Instituto Politécnico de Viseu, à Escola Superior de Saúde de Viseu e à Universidade do Porto pela oportunidade concedida;*

*À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) pela concessão da bolsa de Investigação no âmbito do Programa de Apoio à Formação Avançada de Docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC) cujo contributo foi fundamental à concretização deste estudo;*

**Acknowledgments:** Portuguese Foundation for Science and Technology and Center for Studies in Education, Technologies and Health- **SFRH/BD/50223/2009**

*À Doutora Fátima Jorge pela sua inteira disponibilidade na aquisição de bibliografia e sua revisão;*

*Ao Doutor João Gomes pelo apoio jurídico prestado;*

*A todos os Cuidadores e Doentes portadores de AVC, sem os quais não seria possível transformar as ideias da investigação em resultados;*

*Aos autores das escalas pela autorização das mesmas;*

*Ao meu marido e filho que me apoiaram nas horas difíceis;*

*A todos aqueles que de algum modo me “emprestaram” o seu saber.*

A todos um **BEM-HAJA!**





## **PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES**

### **Capítulos de Livros**

- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2009). Funcionamento mental dos cuidadores informais. In *IV Encontro de Investigação e II Jornadas de Saúde Materno-Infantil. Investigação em Saúde. Contributos* (pp. 524-537). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. ISBN 978-972-97739-5-2.
- André, S. M. F. S., Rodrigues, V., Cunha, M., Silva, E., Bica, I., & Silva, D. (2009). Pesquisa e estratégias de desenvolvimento: cuidar o cuidador, uma questão de direito, cidadania e desenvolvimento. In *XIX Encontro da Associação das Universidades de Língua Portuguesa* (pp.183-185). Luanda: Associação das Universidades de Língua Portuguesa. ISBN 978-989-8271-01-3.

### **Artigos**

- André, S., Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). Família enquanto entidade cuidadora. *Millenium*, 39, 131-134. ISSN0873-3015.
- André, S. M. S., Cunha, M., & Rodrigues, V. M. C. P. (2011). Autopoiese e o cuidado: cuidadores informais. *Millenium*, 41, 145-148. ISSN 1647-662X.
- André, S. M. S., Cunha, M., & Rodrigues, V. M. C. P. (2011). O cuidado como realidade cultural que emerge na família. *Millenium*, 41, 149-151. ISSN 1647-662X

### **No Prelo**

- André, S., Cunha, M., Martins, M. & Rodrigues, V. Saúde Mental em Cuidadores Informais de Idosos Dependentes Pós-Acidente Vascular Cerebral. *Revista Referência*.

### **Resumos Publicados em Revistas Indexadas**

- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2009). Informal carer's strain. *Psychology & Health*, 24, Supplement 1, 80. ISBN0887-0446.
- André, S., Cunha-Nunes, M., & Rodrigues, V. (2009) – Vulnerabilidade ao stress nos cuidadores informais. *Revista Referência*, II Série, 5, Suplemento, 268. ISBN/ISSN0874.0283.
- André, S. M. S., Cunha, M., & Rodrigues, V. M. C. P. (2012). Mental health and depression in informal carers of dependent people post stroke. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19 (supl 1): S1-S342, S33. ISSN1070-5503.12529.

- André, S., Cunha, M., Martins, M. M., Rodrigues, V. (2013). Implications of preparation for hospital discharge on the mental health of informal caregivers. *Atención Primaria*, 45 (Especial Congreso I). ISSN: 0212-6567.

### **Resumos Publicados em Livro do Congresso**

- André, S., Cunha, M., Rodrigues, V., Silva, E., & Silva, D. (2010). Ecology of caution: Mental functioning of the family caregiver as authority. In *XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería* (pp. 474-475). Burgos: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en en Enfermería (Investen – isci). ISBN 84-978-84-693-6791-9.
- André, S., Rodrigues, V., Cunha-Nunes, M., & Bica, I. (2010). Apoio social nos cuidadores informais [CD-rom]. In *V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade* (pp.191-192). Viseu: Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural. ISBN 978-989-8170-13-2.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2010). Estado de ânimo (depressão) nos cuidadores informais. *Psicologia da Saúde & Doenças*, 11 (S1), 20-21. ISSN 1645-0086.

### **Comunicações/Pósteres**

- André, S. M. F. S., Rodrigues, V., Cunha, M., Silva, E., Bica, I., & Silva, D. (2009, Maio). Pesquisa e estratégias de desenvolvimento: Cuidar o cuidador, uma questão de direito, cidadania e desenvolvimento. In *XIX Encontro realizado pela Associação das Universidades de Língua Portuguesa*, Luanda, Angola.
- André, S., Rodrigues, V., Cunha-Nunes, M., & Bica, I. (2009, Julho). Apoio social nos cuidadores informais. In *V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*, Viseu, Portugal.
- André, S., Cunha-Nunes, M., & Rodrigues, V. (2009, Novembro). Vulnerabilidade ao stress nos cuidadores informais. In *II Congresso de Investigação Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa*, Coimbra, Portugal.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2010, Fevereiro). Estado de ânimo (depressão) dos cuidadores informais. In *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Saúde Sexualidade e Género*, Lisboa, Portugal
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2009, Setembro). Informal carer's strain. Póster apresentado na 23rd Annual Conference of the European Health Psychology Society, Pisa, Itália.

- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2009,Outubro). Funcionamento mental dos cuidadores informais. Póster apresentado no *IV Encontro de Investigação e II Jornadas de Saúde Materno-Infantil*, Vila Real, Portugal.
- André, S., Cunha, M., Rodrigues, V., Silva, E., & Silva, D. (2010, Novembro). Ecology of caution: Mental functioning of the family caregiver as authority. Póster apresentado no *XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería*, Burgos, Espanha.
- André, S.; Cunha, M. & Rodrigues, V. (2012, Agosto). Mental Health and Depression in Informal Carers of Dependent People Post Stroke. "Behavioral Medicine: From Basic Science to Clinical Investigation and Public Health". Póster apresentado no 12<sup>th</sup> International Congress of Behavioral Medicine (ICBM), Budapest, Hungary.
- André, S. M. F. S., Cunha, M., Martins, M. M. P. S. & Rodrigues, V. (2013,Maio). Implications of preparation for hospital discharge on the mental health of informal caregivers. In *I World Congress of Children and youth health behaviors/ IV National Congress on Health Education*, Viseu, Portugal.

#### **CONGRESSOS INTERNACIONAIS COM COMITÉ E ARBITRAGEM CIENTÍFICA (FORMANDO)**

- XIX Encontro da Associação de Universidades de Língua Portuguesa. Realizado no período de 12, 13 e 14 de Maio de 2008 em Luanda- Angola.
- V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade. Realizado pela Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural no período de 10 e 11 de Julho 2009 na ESSViseu.
- II Congresso de Investigação Ibero-Americano e de países de Língua Oficial Portuguesa. Realizado no período de 18 a 20 de Novembro de 2009 na ESECoimbra.
- 14<sup>th</sup> Internacional Nursing Research Conference. Realizada pela Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCI) no período de 9 a 12 de Novembro de 2010 em Burgos.
- 12<sup>th</sup> International Congress of Behavioral Medicine (ICBM). Realizado no período de 29 Agosto a 1 September 2012 em Budapest, Hungary.
- Iº Congresso Mundial de comportamentos de saúde infanto-juvenil / IV Congresso Nacional de Educação para a Saúde. Realizado no período de 23 a 25 de Maio de 2013 em Viseu, Portugal.

## **CONGRESSOS NACIONAIS COM COMITÉ E ARBITRAGEM CIENTÍFICA (FORMANDO)**

- IV Encontro de Investigação e II Jornadas de Saúde Materno-Infantil. Realizados no período de 16 e 17 de Outubro de 2009 - ESE Vila Real.
- 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Saúde Sexualidade e Género. Realizado pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Realizados no período de 11, 12 e 13 de Fevereiro de 2010 no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	21
------------------	----

### PARTE I – REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

1. TORNAR-SE CUIDADOR INFORMAL E SUAS IMPLICAÇÕES .....	33
2. FAMÍLIAS CUIDADORAS .....	75
2.1. A FAMÍLIA COMO SUPORTE EM PERÍODO DE TRANSIÇÃO .....	80
3. CUIDAR DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: DA PATOLOGIA À DEPENDÊNCIA .....	83
3.1. ASSISTÊNCIA À PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL .....	88
4. CUIDADORES E FAMÍLIAS DE DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PROCESSO DE TRANSIÇÃO .....	97
4.1. AJUDAR A SER CUIDADOR .....	101
4.2. CUIDAR DA FAMÍLIA QUE CUIDA .....	111

### PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5. METODOLOGIA .....	119
5.1. ENQUADRAMENTO E DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO .....	119
5.2. OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	121
5.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, VARIÁVEIS EM ESTUDO E HIPÓTESES .....	122
5.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	124
5.5. AMOSTRA .....	146
5.6. PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DO ESTUDO .....	147
5.6.1. Procedimentos Éticos .....	147
5.6.2. Procedimentos Técnicos .....	147
6. RESULTADOS .....	149
6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS .....	149
6.1.1. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais .....	149
6.1.2. Caracterização Clínica dos Cuidadores Informais .....	153
6.1.3. Caracterização Sociofamiliar dos Cuidadores Informais .....	156
6.1.4. Caracterização Psicológica dos Cuidadores Informais .....	165
6.1.5. Sobrecarga do Cuidador Informal .....	181
6.2. ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO MENTAL DOS CUIDADORES .....	192

6.2.1. Caracterização do Estado de Ânimo (depressão) dos Cuidadores (amostra total) .....	193
6.2.2. Caracterização da Saúde Mental dos Cuidadores .....	206
6.3. CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	213
6.3.1. Caracterização Sócio-Demográfica dos Idosos .....	213
6.4. TESTE DAS HIPÓTESES .....	216
7. DISCUSSÃO .....	231
7.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	231
7.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	233
8. CONCLUSÕES .....	255
LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	271

**ANEXO I – Pedidos de autorização para a utilização de escalas**

**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu**

**ANEXO III – Protocolo de Pesquisa**

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Teoria das Transições de Meleis.....	99
<b>Figura 2</b> - Modelo de Adaptação a Situações de Transição .....	100
<b>Figura 3</b> - Mapa de Conceitos.....	114
<b>Figura 4</b> - Representação esquemática da relação das variáveis .....	123
<b>Figura 5</b> - Representação esquemática das variáveis preditoras do Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental (amostra total).....	227
<b>Figura 6</b> - Representação esquemática das Variáveis Independentes que estabeleceram relação significativa com o Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental (amostra total).....	229
<b>Figura 7</b> - Modelo Explicativo das Variáveis Preditoras do Estado de Ânimo (Depressão) e da Saúde Mental (amostra total) dos cuidadores informais .....	259





## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Sintomas da Depressão .....	49
<b>Quadro 2 -</b>	Classes de Circunstâncias Indutoras de Stress .....	63
<b>Quadro 3 -</b>	Tipos de Apoio Social .....	70
<b>Quadro 4 -</b>	Os Tipos de Apoio Social de Maior Utilidade .....	70
<b>Quadro 5 -</b>	Benefícios do Apoio Social .....	71
<b>Quadro 6 -</b>	Sintomatologia geral do AVC .....	85
<b>Quadro 7 -</b>	Factores de risco de Acidente Vascular Cerebral .....	87
<b>Quadro 8 -</b>	Consistência interna itens da Escala de Graffar .....	126
<b>Quadro 9 -</b>	Consistência interna itens da Escala de Apgar Familiar .....	127
<b>Quadro 10 -</b>	Consistência Interna relativas à Escala de Apoio Social .....	129
<b>Quadro 11 -</b>	Consistência interna dos itens do Inventário da Personalidade .....	131
<b>Quadro 12 -</b>	Consistência interna dos itens do Inventário Clínico de Autoconceito ...	133
<b>Quadro 13 -</b>	Consistência Interna relativas à Sobrecarga do Cuidador Informal .....	136
<b>Quadro 14 -</b>	Consistência interna da Escala da Vulnerabilidade ao Stress .....	138
<b>Quadro 15 -</b>	Estatísticas e Correlação de <i>Pearson</i> relativas ao Inventário de Depressão de Beck .....	140
<b>Quadro 16 -</b>	Consistência Interna relativas ao Inventário de Depressão de Beck .....	141
<b>Quadro 17 -</b>	Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80) .....	143
<b>Quadro 18 -</b>	Consistência interna dos itens da Escala de Rastreio em Saúde Mental	144
<b>Quadro 19 -</b>	Índice de Katz – Escala da capacidade funcional do idoso .....	145
<b>Quadro 20 -</b>	Estatísticas relativas à Idade dos Cuidadores Informais .....	149
<b>Quadro 21 -</b>	Características Sociodemográficas em função do Sexo dos Cuidadores	151
<b>Quadro 22 -</b>	Caracterização do Nível Sócioeconómico em Função do Sexo .....	152
<b>Quadro 23 -</b>	Estatísticas relativas ao Nível Socioeconómico dos Cuidadores Informais	152
<b>Quadro 24 -</b>	Teste de U Mann-Whitney entre o Estado Civil, a Situação Laboral e a Zona Residência em função do Nível Socioeconómico .....	152
<b>Quadro 25 -</b>	Caracterização da Toma Regular de Medicação para Dormir em função do Sexo .....	153
<b>Quadro 26 -</b>	Característica da Preparação para a Alta e para o Acto de Cuidar .....	155
<b>Quadro 27 -</b>	Caracterização do Apoio Institucional em função do Sexo .....	156
<b>Quadro 28 -</b>	Caracterização das Variáveis Sociofamiliares em função do Sexo .....	156
<b>Quadro 29 -</b>	Teste de U Mann-Whitney entre as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas e a Funcionalidade Familiar .....	157
<b>Quadro 30 -</b>	Teste de Kruskal-Wallis entre a Preparação para a alta e para o Acto de Cuidar, o Apoio Institucional e a Funcionalidade Familiar .....	159
<b>Quadro 31 -</b>	Caracterização do Apoio Social (factores e nota global) em função do Sexo .....	160
<b>Quadro 32 -</b>	Caracterização do Apoio Social (por grupos) em função do Sexo .....	160

<b>Quadro 33</b> -	Análise de regressão simples entre o Apoio Social, a Idade e o Nível Socioeconómico .....	161
<b>Quadro 34</b> -	Caracterização do Apoio Social (factores e valor total) em função do Estado Civil .....	161
<b>Quadro 35</b> -	Caracterização do Apoio Social (factores e nota global) em função do Grau de Parentesco do Cuidador .....	162
<b>Quadro 36</b> -	Caracterização do Apoio Social em função do Situação Laboral .....	162
<b>Quadro 37</b> -	Caracterização do Apoio Social (por grupos) em função da Zona de Residência .....	163
<b>Quadro 38</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e o Apoio Social .....	164
<b>Quadro 39</b> -	Caracterização do Apoio Social em função da Funcionalidade Familiar .....	164
<b>Quadro 40</b> -	Caracterização das dimensões da Personalidade dos Cuidadores Informais .....	166
<b>Quadro 41</b> -	Análise de regressão linear simples entre as dimensões da Personalidade e as Variáveis Sociofamiliares .....	166
<b>Quadro 42</b> -	Caracterização do Autoconceito dos Cuidadores Informais .....	167
<b>Quadro 43</b> -	Caracterização do Autoconceito em função do Sexo .....	167
<b>Quadro 44</b> -	Caracterização do Autoconceito (por grupos) em função do Sexo .....	168
<b>Quadro 45</b> -	Regressão linear simples entre a Idade e o Autoconceito .....	168
<b>Quadro 46</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado Civil e o Autoconceito .....	168
<b>Quadro 47</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre a Situação Laboral e o Autoconceito .....	169
<b>Quadro 48</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e o Autoconceito .....	170
<b>Quadro 49</b> -	Análise de regressão linear simples entre o Autoconceito (Nota global), o Nível Socioeconómico e as Variáveis Sociofamiliares .....	170
<b>Quadro 50</b> -	Caracterização da Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Informais (amostra total) .....	171
<b>Quadro 51</b> -	Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Sexo (amostra total) .....	172
<b>Quadro 52</b> -	Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress (amostra total) .....	173
<b>Quadro 53</b> -	Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Nível Socioeconómico (grupos) (amostra total) .....	174
<b>Quadro 54</b> -	Caracterização da Vulnerabilidade ao Stress em função da Zona de Residência e da Toma de Medicação para Dormir (amostra total) .....	174
<b>Quadro 55</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e a Vulnerabilidade ao Stress (amostra total) .....	175
<b>Quadro 56</b> -	Análise de regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e as Variáveis Socio-Familiares (amostra total) .....	176
<b>Quadro 57</b> -	Caracterização dos Cuidadores Informais Vulneráveis ao Stress .....	176
<b>Quadro 58</b> -	Estatísticas referentes aos Cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress .....	177
<b>Quadro 59</b> -	Estatísticas dos Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress em função do Nível Socioeconómico (grupos) .....	178

<b>Quadro 60</b> -	Caracterização dos Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress em função da Zona de Residência e da Toma de Medicação para Dormir	178
<b>Quadro 61</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e os Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress	179
<b>Quadro 62</b> -	Análise de regressão linear simples entre os Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress e as Variáveis Sociofamiliares	180
<b>Quadro 63</b> -	Análise de regressão linear simples entre a Personalidade, o Autoconceito e os cuidadores informais com Vulnerabilidade ao Stress	180
<b>Quadro 64</b> -	Análise de regressão linear simples entre a Personalidade, o Autoconceito e a Vulnerabilidade ao Stress (amostra total)	181
<b>Quadro 65</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador Informal e o Sexo	182
<b>Quadro 66</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre a Sobrecarga o Estado Civil, Grau de Parentesco e Situação Laboral do Cuidador Informal	184
<b>Quadro 67</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre as dimensões da Sobrecarga do Cuidador Informal e a Zona de Residência	185
<b>Quadro 68</b> -	Análise de regressão linear simples entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador, a Idade e o Nível Socioeconómico	186
<b>Quadro 69</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador Informal e a Toma de Medicação para Dormir	186
<b>Quadro 70</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre a Sobrecarga do Cuidador Informal e Informação acerca da Situação Clínica e a Participação nos Cuidados ao Familiar	188
<b>Quadro 71</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre a Sobrecarga do Cuidador Informal, a Preparação para assumir o Acto de Cuidar e o Apoio Institucional	189
<b>Quadro 72</b> -	Análise de regressão linear simples entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador Informal e as Variáveis Sociofamiliares	190
<b>Quadro 73</b> -	Análise de regressão linear simples entre a Sobrecarga do Cuidador Informal, o Autoconceito e a Vulnerabilidade ao Stress	191
<b>Quadro 74</b> -	Análise de regressão linear simples entre a Sobrecarga do Cuidador Informal e as Características da Personalidade	192
<b>Quadro 75</b> -	Estatísticas relativas ao Estado de Ânimo (Depressão) (amostra total)	193
<b>Quadro 76</b> -	Gravidade do Estado de Ânimo em função do Sexo (amostra total)	193
<b>Quadro 77</b> -	Presença de Sintomatologia Depressiva em função do Sexo (amostra total)	194
<b>Quadro 78</b> -	Estado Ânimo (Depressão) em função das Características Sócio-demográficas (amostra total)	196
<b>Quadro 79</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão), a Zona de Residência e Toma de Medicação para Dormir (amostra total)	196
<b>Quadro 80</b> -	Estado de Ânimo (Depressão) e Características da Preparação para a Alta (amostra total)	197
<b>Quadro 81</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Sexo do Idoso Dependente Pós-AVC (amostra total)	199
<b>Quadro 82</b> -	Dependência (amostra total)	199

<b>Quadro 83</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Grau de Dependência (amostra total) .....	200
<b>Quadro 84</b> -	Análise de regressão linear simples entre o Estado Ânimo (Depressão) e as Variáveis Independentes (amostra total) .....	200
<b>Quadro 85</b> -	Estatísticas relativas aos Cuidadores com Estado de Ânimo Depressivo	201
<b>Quadro 86</b> -	Cuidadores com Estado Ânimo Depressivo em função das Características Sócio-Demográficas .....	202
<b>Quadro 87</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão), a Zona de Residência e Toma de Medicação para Dormir .....	202
<b>Quadro 88</b> -	Estado de Ânimo (Depressão) e Características da Preparação para a Alta	203
<b>Quadro 89</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Sexo do Idoso Dependente Pós-AVC .....	205
<b>Quadro 90</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Tipo de Dependência .....	205
<b>Quadro 91</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Grau de Dependência .....	206
<b>Quadro 92</b> -	Análise de regressão linear simples entre o Estado Ânimo (Depressão) e as Variáveis Independentes .....	206
<b>Quadro 93</b> -	Estatísticas relativas à Saúde Mental .....	207
<b>Quadro 94</b> -	Distribuição da Saúde Mental (por Grupos) em função do Sexo .....	207
<b>Quadro 95</b> -	Saúde Mental em função das Características Sócio-Demográficas .....	208
<b>Quadro 96</b> -	Saúde Mental em função das Características da Preparação para a Alta	209
<b>Quadro 97</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre a Saúde Mental, a Zona de Residência e a Toma de Medicação para Dormir .....	211
<b>Quadro 98</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre a Saúde Mental e o Tipo de Dependência	211
<b>Quadro 99</b> -	Análise de regressão linear simples entre a Saúde Mental e as Variáveis Independentes .....	212
<b>Quadro 100</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre a Saúde Mental e o Grau de Dependência do Idoso Dependente .....	212
<b>Quadro 101</b> -	Estatísticas relativas à Idade do Idoso Dependente em função do Sexo	213
<b>Quadro 102</b> -	Características dos Idosos Dependente em função do Sexo .....	214
<b>Quadro 103</b> -	Características das dimensões do Índice de Katz em função do Sexo ...	215
<b>Quadro 104</b> -	Teste de U Mann-Whitney entre o Grau de Dependência e o Sexo .....	216
<b>Quadro 105</b> -	Distribuição do Grau de Dependência em função do Sexo .....	216
<b>Quadro 106</b> -	Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável Estado de Ânimo (Depressão) (amostra total) .....	225
<b>Quadro 107</b> -	Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável Estado de Ânimo, em Cuidadores com Sintomatologia Depressiva (N=236) .....	226
<b>Quadro 108</b> -	Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável Saúde Mental (amostra total) .....	227

## INTRODUÇÃO

Cuidado informal, é o cuidado prestado de forma parcial ou integral, por membros da família ou comunidade, a pessoas com dificuldades ou impossibilitadas para actividades de vida diária. Os idosos dependentes são especialmente beneficiados por este tipo de cuidados (Pimentel, 2001).

Leme (2000, p.119-120) referindo-se aos estudos ingleses refere que 95% dos cuidados de saúde aos idosos são realizados por cuidadores informais: *“trata-se de uma legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob a sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como a sua maior arma a, sua disponibilidade e boa vontade”*.

A família assume um papel significativo, como instituição de retaguarda, e é cada vez mais implicada na prestação directa de cuidados, provocando alterações na estrutura e nos papéis familiares. Assim, o enquadramento familiar dos doentes com incapacidade, pode apresentar-se muito problemático, sendo condicionado pelos aspectos económicos e profissionais e para além destes há que também ter em conta a questão da disponibilidade para lhes prestar apoio (Abreu & Ramos, 2007).

Nestas duas últimas décadas, os referenciais teóricos referem que a continuidade de desempenho deste papel é um factor que ameaça o bem-estar dos familiares cuidadores, induzindo *stress* e sobrecarga que se manifesta com alterações físicas, emocionais e sociais (Wyller, et al. 2003).

A escolha do cuidador está intimamente ligada à *proximidade física*, à pessoa de família que está mais próxima do doente, geralmente aquela que coabita ou com quem ele passa a residir. A proximidade física está estreitamente ligada a relações de parentesco e mais especificamente à uma *proximidade afectiva*, destacando-se a conjugal ou filial (Santos, S. 2006). A tendência para concentrar os cuidados em apenas num membro familiar, quase sempre uma figura feminina é factor de, sobrecarga, *stress* e desgaste, pelo que a exaustão e a doença tornam-se uma incidência inevitável, (Gonçalves, Alvarez & Santos, 2005).

O desespero, o cansaço e a ansiedade dos cuidadores informais é evidente devido à cobrança (implícita ou explícita) dos profissionais de saúde, familiares ou membros da comunidade quanto aos cuidados prestados (Brêtas & Yoshitome, 2005).

A literatura internacional referenciada por Neri e Sommerhalder (2002) documenta os efeitos negativos da prestação de cuidados informais na saúde mental e física dos cuidadores familiares, destacando-se um maior número de doenças psiquiátricas, utilização de drogas psicotrópicas, doenças somáticas, pior percepção da saúde, *stress*

pessoal e familiar, isolamento social, sentimento de que as obrigações a cumprir com os pacientes são muito pesadas e geradoras de tensão.

Por outro lado, e a contribuir para a deterioração do quadro de *stress* do cuidador, existem as repercussões familiares da situação de doença e cuidados: familiares que só aparecem de vez em quando para criticar o trabalho de quem presta os cuidados mais amiúdem, bem como familiares que se afastam justamente nos momentos de maior tensão e necessidade de ajuda, entre outras situações (Laham, 2003).

Em consequência, a saúde destes cuidadores acaba por se ressentir, sendo frequentes as situações de depressão e ansiedade aumentada. Tal facto tem suscitado a atenção dos profissionais de saúde, em vários países ocidentais observando-se uma crescente atenção a esta problemática e às necessidades específicas dos prestadores de cuidados a familiares (Brito, 2002).

Assim, os programas de apoio aos cuidadores favorecem o ajuste pessoal do cuidador à situação aumentando a capacidade de cuidar e facilitam a adaptação às perdas (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2004). Deste modo o apoio psicossocial e a educação/informação podem melhorar não só a qualidade de vida dos cuidadores, como também a dos idosos traduzindo-se em diversos benefícios tais como metas de vida pessoal, profissional e económica.

Relativamente à vertente educação/informação (Pereira, 2011, p.162) aponta que “a falta de informação e o desconhecimento são frequentemente referidos pelo cuidador como dificuldades que afectam de forma significativa o desempenho e a capacidade de continuar a cuidar, motivo pelo qual os profissionais de enfermagem terão necessariamente de investir mais na área do conhecimento no sentido de capacitar estes cuidadores para o desempenho do papel, tornando-os elementos mais activos no processo de cuidar e na tomada de decisões, o que traduz um novo paradigma na prestação de cuidados que acenta na parceria entre o cuidador e o enfermeiro”.

Num olhar sobre a família é de salientar que, “estando a família inevitavelmente sujeita a diversas situações de *stress* é importante que possa dispor de uma rede de suporte efectiva, na família e/ou na comunidade, que auxilie nas transformações e adaptações que tem de operar” (Martins, 2002, p. 141).

A pesquisa bibliográfica documenta que a problemática do cuidar os cuidadores é actual e carece, ainda, de ser investigada, pois não raramente, a pessoa que cuida necessita de cuidados e não encontra a necessária receptividade nos serviços de saúde. Moreno e Alencastre (2003) salientam mesmo que a convivência com os familiares tem sido uma tarefa difícil de implementar pela equipa de saúde, que frequentemente acaba por rotular as mesmas e responsabilizá-las pelo adoecimento de um dos seus membros.

Sendo a essência e especificidade da enfermagem o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, e os cuidadores informais considerados como a "espinha dorsal" dos cuidados a longo prazo, porque a maioria dos doentes são tratados em casa por parentes e/ou cônjuges (Melo, Maroco & Mendonça, 2011), entendeu-se ser pertinente delimitar o nosso estudo para o funcionamento mental dos cuidadores informais de idosos com dependência Pós-Acidente Vascular Cerebral.

Neste contexto, Hunt e Smith (2004) referem que as alterações decorrentes de um AVC têm repercussões a nível físico, psíquico e social e, consequentemente, diminuem a qualidade de vida não só do indivíduo em causa, como do restante sistema familiar. Geram-se, modificações e adaptações de todos os membros ao nível das interacções dentro e fora da família.

“O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui, para qualquer pessoa, um acontecimento fortemente stressante, desde logo pela imprevisibilidade do seu aparecimento, depois pelas sequelas que, habitualmente, deixa e, finalmente, pela reorganização individual e familiar que exige. Se a doença é, geralmente, sentida como uma experiência crítica para os que por ela, e com ela, são afectados, as situações mais ou menos invalidantes configuram-se como fontes de *stress* que exigem transformações qualitativas no funcionamento familiar (Alarcão, 2002, p. 13).

Na maioria dos casos, o AVC gera situações de total dependência de uma terceira pessoa, comumente uma mulher da família (esposa, filha, irmã), cujo esforço e solicitude são essenciais para manter a sobrevivência do doente e com a máxima qualidade de vida esperada, para que este não careça de institucionalização, onde teria problemas de adaptação, e onde certamente seria bastante mais infeliz (Barreto, 2001).

A morbilidade geral destas pessoas é consideravelmente superior às da mesma idade não sujeitas a tal sobrecarga, sendo que as doenças psíquicas, e especialmente os quadros depressivos são significativamente mais prevalentes (Barreto, 2001).

Em Portugal, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o acidente neurológico que constitui a primeira causa de morte mantendo a mesma tendência nas culturas mediterrânicas. Uma larga percentagem dos que sofrem AVC morre no primeiro mês, continuando muitos dos restantes a falecer até um ano após o AVC (Ribeiro, 2006).

“Muitos dos indivíduos que sobrevivem a um episódio agudo de AVC iniciam um longo período de recuperação e adaptação às novas circunstâncias. As repercussões da doença afectam, como já referido, não só o doente como a família. Esta, numa primeira fase reúne forças e recursos no sentido de ajudar o familiar a se restabelecer. Neste processo destaca-se, quase sempre, um familiar sobre o qual recai maior responsabilidade, o qual designamos de familiar cuidador (FC) ou cuidador informal (CI) (Martins, Ribeiro & Garrett, 2005, p. 29) ”.

A análise das estatísticas regionais relativas à Sub-Região Dão Lafões (NUTS III) revela que, o AVC foi responsável por 14% dos óbitos ocorridos no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE. A mesma pesquisa patenteia que tem havido um aumento significativo de casos nos últimos anos: 2002 - 693; 2003 – 1030; 2004 – 986; 2005 – 1159; 2006 - 1106 casos 2007 – 1190, embora com alguma variação são diversificados os motivos de internamento por AVC face ao total de doentes (Gomes, 2008). Os dados estatísticos descritos traduzem que o impacto do AVC nesta região é muito marcante.

Imaginário (2004) afirma que apesar de as relações intergeracionais se terem alterado em função de factores como o acentuado envelhecimento demográfico, a mobilidade geográfica e social dos núcleos mais jovens, a alteração da condição feminina e a crescente integração da mulher no mundo laboral, a precarização das condições de vida ou o crescimento dos serviços formais ao idoso, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos recursos sociais.

Assim, o funcionamento da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, será correlativo com a forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise (Lopes, 2007).

Por outro lado, a tendência para altas clínicas do meio hospitalar cada vez mais precoces pressiona a família a prestar cuidados para os quais, muitas vezes, não está ou não se sente preparada na maioria dos casos. A família tem vontade de cuidar do seu familiar idoso com dependência, mas depara-se com inúmeros obstáculos, tais como: A estrutura da família tende a modificar-se, levando a que, frequentemente, a tarefa de cuidar recaia sobre um único cuidador; Tradicionalmente, prestadoras de cuidados, as mulheres mantêm este papel, mas hoje desempenham outros papéis (grande parte delas trabalham fora de casa); Os serviços de apoio na comunidade são escassos, descoordenados e, algumas vezes, ausentes, principalmente no interior; Acresce a esta panóplia de dificuldades, o facto da eclosão de um AVC provocar uma crise não normativa, não permitindo que a família planeie ou ensaie opções (Martins, 2002).

Sendo que “cuidar de uma pessoa idosa com baixa dependência é bastante diferente de cuidar de uma pessoa idosa com elevada dependência, diferença essa que se manifesta a vários níveis. Verificámos que é sobretudo junto das famílias de idosos com elevada dependência que se encontram as maiores dificuldades de conciliação entre o trabalho profissional e a prestação de cuidados, especialmente junto daquelas que utilizam uma solução exclusivamente familiar (sem recurso a apoios fora da rede de parentesco) ou das que usufruem de serviços de apoio domiciliário apenas em regime de meio tempo. Por conseguinte, é também sobretudo junto destas famílias que encontramos vários impactos negativos resultantes do processo de prestação de



cuidados, quer ao nível individual (saúde, diminuição da concentração no trabalho...), quer ao nível familiar (relações familiares, actividades de lazer com a família...) (José & Wall, 2002).

Cuidar a pessoa vítima de AVC conduz a sobrecarga física e psicológica para o cuidador, gerando novas emoções e repercutindo-se na sua qualidade de vida e, necessariamente, na qualidade de vida do idoso. Como referem Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci e Newman, (2004) o AVC tem um impacto negativo no bem-estar físico e psicológico dos membros da família, muitas vezes resultando na diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao membro dependente.

Contudo a problemática dos cuidadores nem sempre é reconhecida pelos profissionais de saúde o que leva a uma sub avaliação e/ou sub estimação da eventual sintomatologia depressiva do cuidador (Figueiredo & Sousa, 2002).

Por último, o envelhecimento da sociedade, não só em Portugal como na generalidade dos países europeus, é uma realidade que necessita de respostas sociais adequadas. No que ao contexto português diz respeito, desde a Constituição de 1976 que a protecção da família se tem restringido praticamente à protecção da maternidade e paternidade.

No que respeita aos benefícios sociais, verifica-se que os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha ascendente não beneficiam dos mesmos direitos do que os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha descendente. O apoio familiar às pessoas idosas, nomeadamente na modalidade de assistência na doença e na velhice, é um direito reconhecido, de forma genérica e alargada, na Constituição da República Portuguesa – Artigo 67º (Lei Constitucional nº1/2005).

O direito à protecção da sociedade e do Estado, no domínio laboral, em relação aos ascendentes, bem como a outros membros da família, ficou, praticamente, por contemplar. Assim, só em 2009 a Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro, que procedeu à revisão do Código do Trabalho, embora de uma forma ténue, aproximou o regime de protecção dos ascendentes do trabalhador, ao da *“maternidade e paternidade”*, inserindo, porém, essa protecção no regime de faltas, dando assim um enfoque muito especial à questão, cada vez mais pertinente, da conciliação entre a vida familiar e a vida profissional.

Sob a influência da Directiva 96/34/CE do Conselho de 3 de Junho de 1996, o Código do Trabalho revisto veio alargar a protecção da família a situações que vão além da maternidade e paternidade (agora, parentalidade – Artigo nº 33 e seguintes).

Nos termos da al. e) do nº 2 do artº 249º do Código do Trabalho (2009) (Lei nº 7/2009), é considerada falta justificada *“a motivada pela prestação de assistência inadiável e imprescindível a filho, neto ou membro do agregado familiar nos termos dos artigos 49º, 50º ou 252º, respectivamente”*.

Por sua vez o artº 252º do Código do Trabalho prevê que os trabalhadores têm “o direito a faltar até quinze dias para prestar assistência inadiável e imprescindível, no caso de doença ou acidente...” entre outros, “a parente ou afim na linha recta ascendente”.

E, no nº 3 do predito artigo 252º, acrescenta-se que “no caso de assistência a parente ou afim na linha recta ascendente não é exigível a pertença ao mesmo agregado familiar”. Ou seja, para que exista protecção, não é necessário que o ascendente viva em comunhão de mesa e habitação com o filho. É suficiente que o ascendente necessite de assistência inadiável – que não se pode protelar – e imprescindível – por o trabalhador não poder substituir-se na assistência.

De todo o modo, tem o significado de abertura a um conceito mais alargado de protecção da família, nomeadamente, no que tange ao apoio familiar às pessoas mais idosas.

A pertinência do nosso estudo vem ao encontro desta ideia, ou seja, numa população que nos é familiar, os cuidadores informais, interessa-nos, conhecer a forma como as variáveis sociodemográficas, psicológicas e de contexto sócio-familiar se relacionam com o estado de ânimo e saúde mental do cuidador, para que identificados os cuidadores em risco, possamos adequar intervenções precoces de promoção da saúde, de modo a prevenir ou minimizar o risco de depressão neste grupo social, produzindo resultados que poderão sustentar medidas de suporte à manutenção da saúde mental e qualidade de vida dos cuidadores informais.

Foi neste enquadramento que optámos por dirigir o nosso estudo para a temática **“Estado de Ânimo e Saúde Mental dos Cuidadores Informais: Contributos para melhor Cuidar”**.

As razões que justificam esta nossa opção são:

- Vivenciámos esta patologia na família com um grande impacto emocional, na fase inicial da doença e seu tratamento, pela ocorrência de uma série de acontecimentos psicossocioculturais;
- Verificar-se um aumento da incidência do Acidente Vascular Cerebral e em consequência um grave problema de saúde pública quer a nível nacional quer a nível mundial. Referenciam os dados internacionais que globalmente, as três principais causas de morte são: Doença Isquémica do Miocárdio - 7,2 milhões de mortes; Acidente Vascular Cerebral – 5,5 milhões de mortes; Doença respiratória – 3,9 milhões de mortes (Lyons & Rudd, 2007).

Segundo dados da OMS<sup>1</sup>, no ano de 2020, as mortes e incapacidades devidas a doença coronária e AVC no mundo irão ocupar o 1º e 4 lugares na lista das causas globais de doença (International Society of Hypertension, 1999).

Em Portugal o AVC é a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direcção Geral de Saúde, 2001).

As doenças cardiovasculares nomeadamente os acidentes vasculares cerebrais e a doença coronária, são a principal causa de mortalidade em Portugal e em muitos países ocidentais, sendo das mais elevadas da Europa e do mundo. São responsáveis por perto de 50% das mortes ocorridas em 1999 (42 998 num total de 100 252 mortes), contando-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (Ministério da Saúde, 2003).

- Conhecer melhor esta problemática e contribuir, com este conhecimento, para sustentar futuras actuações, tanto na motivação dos diversos agentes sociais, familiares, profissionais e alunos para o problema, como no apoio aos cuidadores informais.

Da fusão das duas vertentes pessoal/familiar e profissional por nós mencionadas surgiu a necessidade de aprofundar o estudo dos determinantes do desenvolvimento da depressão no cuidador informal.

Deste modo, fazemos coincidir o objecto do nosso estudo com o objecto do nosso trabalho (leia-se profissão).

Tendo por base a revisão narrativa efectuada, enquanto estrutura teórica de referência, a nossa observação da realidade e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, consequentemente, emergiu como questão geral de investigação a seguinte: *Em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais predizem o estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores informais?*

Em consonância, a investigação desenvolvida teve como objectivo geral **determinar os factores preditores do estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores informais.**

Este estudo apoia-se na diferença de relação significativa entre diferentes variáveis, patenteando a interacção dinâmica dos três domínios de adaptação a situações de transição, tendo por base os pressupostos do modelo de transição de Fonseca (2004). Concretizando os factores determinantes do funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental) dos cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral.

---

<sup>1</sup> A OMS define pessoa idosa como aquela que tem idade a partir de 60 anos, para os países considerados em desenvolvimento, enquanto que esse limite sobe para os 65 anos de idade no caso dos países desenvolvidos (Balsan, 2007).

Estruturalmente o relatório desta tese consta de duas partes, sendo a primeira reservada à revisão narrativa a que dá corpo o estado da arte das variáveis em estudo e a segunda à investigação empírica realizada.

Na primeira, procurámos salientar a importância merecida pelo valor do cuidado prestado pelos cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. O material bibliográfico encontrado conduziu-nos à sistematização das questões de investigação que constituíram o tronco principal deste estudo. Para tal, recorremos aos estudos nacionais e internacionais, disponibilizados em bases de dados científicas conceituadas na área da saúde/enfermagem como: PubMed/Medline, ProQuest e B-on sob os seguintes descritores: Aged, Caregivers, Depression, Família, Friends, Mental Health e Depression.

A referência ao cuidar e cuidador informal de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral são descritos no primeiro capítulo. Neste descrevemos os vários conceitos de cuidar e cuidador; reflectimos sobre estes significados na sociedade contemporânea e novas formas de apoio aos familiares ou prestadores informais realçando a importância das redes sociais formais e informais; fazemos ainda algumas considerações das consequências psicossociais sobre os cuidadores familiares de pessoas com AVC. Apresentamos e analisamos a conceptualização de família; abordamos aspectos relativos aos novos paradigmas demográficos e familiares e procedemos à análise do papel indiscutível e essencial da família na defesa e promoção do bem-estar dos seus membros. Segue-se o relato referente aos contributos de alguns autores sobre variáveis determinantes no estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral.

O segundo capítulo é essencialmente dedicado ao Acidente Vascular Cerebral. Nele são descritos aspectos clínicos e epidemiológicos a nível regional, nacional e internacional relativo ao Acidente Vascular Cerebral. Foi dada ênfase às unidades com especificidade para a intervenção multidisciplinar na área de reabilitação do AVC, salientando a *declaração Helsingborg* e as *Metas Prioritárias para as Doenças Cardiovasculares do Plano Nacional de Saúde*. São ainda citados estudos que patenteiam as consequências socioeconómicas para o doente, família e comunidade.

O terceiro capítulo diz respeito à importância do planeamento e implementação da assistência de enfermagem baseada em conhecimento científico e nos pressupostos da enfermagem de família.

A parte II referente à investigação empírica, integra quatro capítulos, sendo referentes à metodologia, à apresentação e análise dos dados, à discussão metodológica e dos resultados. Por último são apresentadas as conclusões e implicações do estudo, alguns obstáculos e limitações do mesmo, e referenciamos ainda o espectro bibliográfico.





**PARTE I**  
**REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**





## 1. TORNAR-SE CUIDADOR INFORMAL E SUAS IMPLICAÇÕES

Sem perplexidade, cuidar é servir. Servir é, simultaneamente ajudar o outro e manifestar o que há de melhor em si. Cuidar é perceber o outro como ele é, nos seus gostos e falas, nas suas dores e limitações. Desta forma quem cuida tem de superar certos desafios para exercer o seu papel com precisão, Silva e Gimens (2000), Caldeira e Ribeiro (2004). Cuidar significa então dedicar longos períodos de tempo ao doente, acrescentado ao cansaço físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos (Rainbow, Hauser & Adams, 2004).

O acto de cuidar surge da inaptidão de um indivíduo para o autocuidado, assumindo uma atitude passiva diante da actividade do cuidador (Gonçalves, 2002). Deste modo desenvolve-se acções de ajuda naquilo que o doente não pode fazer mais por si só, assumindo a responsabilidade de lhe dar apoio e ajuda às suas necessidades, melhorando a sua qualidade de vida (Gonçalves, Alvarez & Santos, 2005).

A palavra *cuidado* está agregada ao verbo cuidar, e ela tem um significado especial na língua latina, de *atenção* e o *olhar para o outro*, implicando a concretização de um processo de *prestar* e de *receber cuidados* (Carvalho, 2006). O cuidado pela sua própria natureza possui dois significados que se interrelacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o cuidador sente-se envolvido afectivamente e ligado ao outro (Damas, Munari & Siqueira, 2004). Poder-se-á então inferir que o cuidado é uma relação interactiva, solidária, controversa e processual de auxílio, sobrevivendo do espaço conflituante entre a protecção e a opressão e a característica do cuidar, enquanto gesto é uma atitude solidária inclinando-se para a protecção assegurando a vida, direitos e cidadania (Pires, 2004). Dar e receber cuidados remete assim para uma determinada indigência, implicando um processo de socialização, prevenção e protecção dos riscos e de promoção da autonomia e independência associado aos cuidados prestados pelas mulheres e auferidos por crianças, jovens, esposos e ou pessoas idosas, no espaço privado de casa (Pires, 2004).

Este pensamento foi objecto de estudo da literatura feminista e dos Womens Studies. Procuravam problematizar a ideia do cuidar como categoria que qualificava negativamente a condição de vida das mulheres, destacando a importância do trabalho doméstico como parte integrante da produção económica e da política social, no intento de reivindicar igualdade e partilha, dessas tarefas entre homens e mulheres na esfera privada e a integração dessa laboração na divisão social do trabalho (Daly & Lewis, 2000).

Àquele a quem incube o cuidado é o cuidador, sendo que este último é aquele que cuida, isto é, é ele quem assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir em alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria da saúde (Leitão & Almeida, 2000).

O cuidador é ainda aquele que vivência o acto de cuidar, onde vive uma experiência de aprendizagem e de vida junto ao ser cuidado. O cuidar humano ou o cuidar de si representa o viver do ser humano, assim o cuidar do outro que está impossibilitado de autocuidado é uma condição temporária e circunstancial (Gonçalves, Alvarez & Santos, 2005).

O cuidador envolve-se num processo de cuidar do outro, em que vive uma experiência contínua de aprendizagem e de vida com a pessoa cuidada, resultando na descoberta de potencialidades recíprocas. É nesta relação íntima e humana que se despertam potenciais, muitas vezes encobertos, sejam na pessoa cuidada sejam no cuidador Maly (s.d). A pessoa cuidada avaliará se é capaz de se autocuidar e por sua vez o cuidador visualizará as reais capacidades da pessoa em cuidado (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

É uma pessoa essencialmente humana, e que mantém o equilíbrio entre o seu eu interior – e vive em níveis profundos de auto-aceitação – e o seu exterior – na medida em que se sintoniza com o outro em alto grau de empatia. É uma pessoa, que reformula, a cada dia, a sua própria direcção (Silva & Gimens, 2000). A sua bússola reside nos seus próprios sentimentos e os seus caminhos são os do coração (Silva & Gimens, 2000).

Tornar-se cuidador é uma carreira que transcorre no tempo e frequentemente e não é planeada, esperada, nem escolhida e a maneira como evolui depende de factores objectivos relativos às características da doença, das habilidades do cuidador e da posição deste dentro da família (Sá et al., 2006). Apesar disso, cuidar de familiares constitui um acto de amor da maior importância que deve ser incentivado e preservado (Sequeira, 2007).

Cuidar de um idoso fragilizado pode ser considerado uma função normal ou esperada na vida de um cuidador, na medida em que ele o exerce em virtude de expectativas sociais baseadas em relação de parentesco, de género e idade. Essas expectativas são típicas do seu grupo social (Gonçalves, 2002).

Neri e Carvalho (2002) diferenciam o cuidado formal do informal. Caracterizando o primeiro como aquele que é oferecido por profissionais e o informal por não profissionais. Entre os não profissionais comumente são pessoas de família, podendo ser incluídas amigos e vizinhos. Nesta última conjuntura faz-se distinção entre cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pela pessoa e pelo cuidado e são os que realizam a maior parte das tarefas; os cuidadores

secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas o que os distingue dos primários é o facto de não terem o mesmo nível de responsabilidade e de decisão, actuando quase sempre de forma pontual e em algumas tarefas de cuidados básicos (ajudas domésticas,...); os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, apenas substituem o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente realizando tarefas como fazer compras, efectuar pagamentos, receber a reforma.

Diversas razões contribuem para que uma pessoa se torne cuidadora principal, dentre os quais se destacam: a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a circunstância de conjugalidade, o facto de ser esposa ou esposo; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador assume esse encargo não por opção, mas na maioria das vezes, por força das circunstâncias; as dificuldades financeiras como em caso de filhos desempregados, que cuidam os pais em troca de sustento (Alvarez & Gonçalves, 2001).

A literatura sobre o cuidar aponta como características do perfil do cuidador ser frequentemente do sexo feminino, com parentesco familiar (cônjuge/filhos), de meia-idade e sem formação específica para o acto de cuidar.

Em relação à proximidade afectiva, o vínculo entre cuidador e pessoa cuidada permeia a decisão do cuidador de forma muito importante. Identicamente Sena et al. (2002) confirmaram que o parentesco é a condição primordial para que alguém assuma a função de cuidador.

Mendonça, Martinez e Rodrigues Milheiras (2000) cit. in Marques (2007) concluíram que a maioria dos prestadores de cuidados se situavam no grupo etário dos 45 aos 64 anos (41,5%), e destes a maioria pertencia ao sexo feminino com 89,2% da população estudada, eram maioritariamente casados (73,8%), e tinham escolaridade básica ou sabiam ler e escrever. No que diz respeito à relação familiar 92,3% dos inquiridos mantinham uma relação com o doente, a maioria eram filhos deste (33,8%). No que se refere à situação laboral, 38,4% desempenhavam uma actividade laboral, com 80% a exercer-la a tempo inteiro e 20% a tempo parcial. Os restantes referiam ser reformados (35,4%), doméstica (23,1%) e desempregados (3,1%). A interferência da prestação de cuidados na vida do cuidador é de 86,2%, sendo que no que se refere à saúde é de 62,5%, na esfera afectiva é de 57,1%, 46,4% no plano económico, 39,3% na profissão.

Com o objectivo de conhecer o perfil dos cuidadores informais, as dificuldades que enfrentam e a caracterização do apoio que os idosos recebem, (Utentes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), foi levado a efeito um estudo por Romão e Pereira (2008) em que foram seleccionados 493 prestadores de cuidados, originando as seguintes conclusões: Um perfil maioritariamente feminino; Homens e mulheres em

diferentes fases de idade cuidam, predominantemente, dos seus progenitores ou dos seus cônjuges; A experiência de cuidar situada entre 1 a 5 anos foi de 44% e 24% cuidam do idoso em causa há mais de 10 anos; Sendo que metade declara dedicar mais de 20 horas semanais a esta actividade; A maioria dos cuidadores aceitou o seu papel devido à inevitabilidade da situação, mas não deixa de associar os cuidados a valores de solidariedade e prestabilidade; Para além da idade, as dificuldades inerentes à conciliação da esfera profissional e dos cuidados parecem afectar todos os cuidadores que se encontram empregados (37%), sendo que no caso das mulheres esta conciliação comporta maior sacrifício do tempo pessoal; A falta de tempo para descansar e conviver é o aspecto globalmente mais referido como, afectado pela responsabilidade de cuidar na vida pessoal, e muito evidente no caso dos cuidadores que se encontram na circunstância de dividir as atenções entre a geração dos pais e a dos filhos menores (43%); Dimensões como a saúde física e psicológica expressam a penosidade do trabalho do cuidado sobretudo para os mais idosos. Com efeito, mais de metade dos inquiridos declarou ter problemas de saúde, e sentia dificuldades no desempenho de algumas tarefas; No plano psicológico e emocional evidenciaram-se os efeitos de sobrecarga de cuidador; Quase metade tomava medicação para a ansiedade e/ou para dormir.

Jullmate, Azeredo, Paul e Subgranon (2006a) realizaram um estudo cujos objectivos foram descrever as características dos cuidadores familiares tailandeses de doentes vítimas de AVC. Entrevistaram 20 cuidadores de sobreviventes de trombose para identificar as suas características. As descobertas revelaram que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, maioritariamente filhas, com a excepção de 2 cuidadoras informais, que eram sobrinhas. A maioria dos cuidadores prestava cuidados aos seus parentes 24 horas por dia.

É referir o estudo de Clark e King (2003) em 93 cuidadores de doentes vítimas de AVC. Estes através da aplicação de uma *Escala de Conflitos de Cuidadores Familiares* apuraram que os cuidadores familiares não cônjuges relataram mais conflitos familiares do que os cuidadores familiares cônjuges.

No “Institute of Clinical Neuroscience, Stroke Reserach Group, The Sahlgrenska Academy at Goteborg University, Goteborg, Sweden” foi feito um estudo por Gosman-Hedstrom e Claesson (2005) com o objectivo avaliar durante um ano a prestação de cuidados formais e a situação dos cuidadores informais numa perspectiva de sexo. O estudo tinha como alvo pessoas idosas (n = 147) que vivessem nas suas próprias casas 12 meses após a trombose aguda, 94 mulheres e 53 homens. A média de idades das mulheres foi de 81 anos e a dos homens de 80 anos. Foi constatada uma diferença estatisticamente significativa de face ao sexo, no que diz respeito às condições de vida,

pois 80% das mulheres encontravam-se a viver sozinhas, comparadas com 28% dos homens (CI 48-56%). O cuidado informal prestado excedeu largamente aquele prestado pela comunidade: 65% destas pessoas idosas eram alvo de algum tipo de cuidado informal e 44% recebeu cuidados formais da comunidade. Verificou-se uma diferença de face ao sexo no que respeita aos cuidados informais pessoais e diários, 24% dos homens e 16% das mulheres (2-18%), e no que concerne à assistência a serviços domésticos diários e informais (15-43%). Os cuidados formais foram fornecidos pela comunidade significativamente de forma mais frequente em mulheres (56%) do que a homens (23%) (21-45%). As mulheres usufruíam mais frequentemente de ajuda comunitária com a limpeza da casa (23-39%) e recebiam, igualmente, de forma mais frequente, ajuda no que respeita aos cuidados pessoais (1-10%) (Gosman-Hedstrom & Claesson, 2005).

Os autores destacam diferenças de sexo estatisticamente significativas no uso de cuidados formais e informais. Apelam para uma maior atenção à situação dos cuidadores, uma vez que os cuidados informais a sobreviventes de trombose representam um peso/fardo muito maior do que os cuidados providenciados pela comunidade. A maioria dos prestadores de cuidados era mulheres idosas.

É de destacar um estudo de Tiegs et al. (2006) feito numa Universidade da Flórida em que foram avaliadas as diferenças de género/sexo no impacto da prestação de cuidados nos cuidadores e nos receptores dos cuidados. Os resultados indicam que não existem diferenças significativas no bem-estar dos doentes em função do género/sexo do cuidador. Contrariamente Kao e McHugh (2004) numa amostra composta por 78 cuidadores tailandeses primários do sexo masculino e 69 do sexo feminino constataram que as mulheres percepcionaram a prestação de cuidados como mais pesada/extenuante do que os homens.

É pertinente e útil saber do que falam os cuidadores do sexo masculino. Pierce e Steiner (2004) fizeram a experiência numa subamostra de cinco homens que cuidam de mulheres vítimas de trombose, e que participaram durante três meses num grupo de apoio via Internet. Os resultados revelaram que estes homens estavam a lidar com mudanças de papel e com a depressão e irritabilidade das mulheres. A ocorrência do AVC fomentou laços familiares mais próximos e o facto de “*estarem presentes*” uns para os outros.

Como referimos em síntese no perfil das características do cuidador informal este não possui formação específica, mas faz actividades de cuidado. São os familiares, amigos, vizinhos, membros de uma igreja, grupo de voluntários ou outros elementos da comunidade. Sendo que o cuidador formal possui formação específica para executar

actividades ligadas ao cuidado, mas sob a forma de prestação de serviço por exemplo auxiliares e enfermeiros (Silva, 2003).

Não obstante Lacerda (2008) refere que actividades desenvolvidas pelos cuidadores informais no domicílio, em determinadas situações, são de alta complexidade e sem supervisão de um profissional com competência legal, o que acarreta prejuízo no cuidado à pessoa, uma vez que esses cuidadores não sabem prever situações de risco. Para realizar o cuidado no domicílio é preciso ter conhecimento técnico e científico (e não um conhecimento do senso comum) para atender as necessidades dos doentes.

O cuidado prestado pelo cuidador formal é remunerado mas muito importante porque faz o elo entre o idoso, família, serviços de saúde e comunidade (Telles, 2007).

Para aferir o conceito de cuidador é pertinente considerar o estado funcional da pessoa, o número e duração das tarefas que necessitam da supervisão e envolvimento emocional mínimo do cuidador com o doente (Vilaça et al, 2005).

A condição de cuidar de um idoso dependente exerce diferentes embates sobre os cuidadores: apesar do bem-estar de alguns ser desfavoravelmente afectado, outros parecem conseguir minimizar ou mesmo evitar esses danos (Figueiredo & Sousa, 2007).

O reconhecimento de que os cuidadores são um componente essencial nos cuidados de saúde, principalmente nas situações crónicas e de longo prazo, tem incentivado a investigação dos problemas por eles apresentados (Garrido & Menezes, 2004). Deste modo a família passou a constituir um objecto de investigação ao mesmo tempo que é objecto de trabalho ao nível da intervenção clínica e social.

A exposição aos riscos de carácter psicossocial constitui uma das principais causas de acidentes, enfermidades e absentismo em pessoas comprometidas em ocupações de ajuda (Gil-Monte, 2004).

No âmbito de uma abordagem levada a efeito por Pierce, Steiner, Hicks e Holzaepfel (2007) centrada nos problemas de cuidadores recém-chegados à tarefa de cuidar de doentes vítimas de trombose, após a alta de centros de reabilitação no Ohio e Michigan, foi desenvolvido um ciber-projecto onde foram integrados os cuidadores e examinada a exequibilidade da intervenção e descritas as experiências da prestação de cuidados. Os problemas encontrados, dos mais para os menos frequentes foram: 1) existências de questões relacionadas com a dependência, 2) lidar com as emoções, 3) viver com as limitações físicas, 4) lidar com condições co mórbidas, 5) equilibrar todos os problemas, 6) participar na fisioterapia, e lidar com problemas de sono. Apesar de o número total de problemas diminuir ao longo do tempo, “equilibrar todos os problemas” foi a única questão que aumentou. Mediante esta conclusão os autores reforçam a ideia de que os enfermeiros, enfermeiras e outros profissionais de saúde podem usar estas inferências para identificar e centrarem-se nas necessidades decorrentes dos

autocuidados dos cuidadores para implementarem estratégias de resolução de problemas.

Também José e Wall (2002) na análise dos resultados de um estudo levado a efeito junto de pessoas que trabalham e residem na área metropolitana de Lisboa, e que prestam cuidados a familiares idosos dependentes, identificaram seis domínios principais que são afectados de forma negativa pela assunção das responsabilidades de prestação de cuidados ao idoso dependente e pelas dificuldades de conciliação entre estas responsabilidades e o trabalho profissional: rotinas diárias, trabalho profissional, actividades sociais e de lazer, tempo disponível para as crianças dependentes, relações familiares e saúde pessoal.

Brêtas e Yoshitome (2005) relatam que das suas experiências na assistência aos idosos no domicílio, a imagem mais frequente é o desespero, o cansaço e a ansiedade dos cuidadores informais, devido à cobrança (implícita ou explícita) dos profissionais de saúde, familiares ou membros da comunidade quanto aos cuidados e não são raros os casos de adoecimento do cuidador, colocando muitas vezes em risco o idoso.

A literatura internacional documenta os efeitos negativos da prestação de cuidados sobre a saúde mental e física dos cuidadores familiares, destacando-se um maior número de doenças psiquiátricas, utilização de drogas psicotrópicas, doenças somáticas, percepção de pior de saúde, *stress* pessoal e familiar, isolamento social, sentimento de que as obrigações de cumprir com os pacientes são muito pesadas e geradoras de tensão. São ainda relatados que os sintomas depressivos e a ansiedade afectam mais as mulheres sendo estas as mais sobrecarregadas (Neri & Sommerhald, 2002).

Bocchi (2004) conclui que os aspectos psiquiátricos da doença crónica são mais estressores para os cuidadores que os aspectos físicos. Dentre os problemas encontrados os distúrbios comportamentais (apatia, agitação...) e os distúrbios do humor (depressão, ansiedade), foram os mais frequentes.

A decepção por se depararem com a impotência diante da debilidade da saúde do doente e os limites da sua actuação pode levar alguns cuidadores a quadros depressivos Laham (2003). Sendo que a fadiga, o *stress*, o constrangimento, a diminuição do convívio social, a alteração na auto-estima entre outros são transtornos presentes nos cuidadores.

Como em todas as doenças, a prevenção é sempre a melhor abordagem, designadamente para os cuidadores em risco, pois permite a intervenção precoce de profissionais de saúde e impede o agravamento de sintomas. A saúde mental do cuidador informal é factor determinante da qualidade de vida para que não haja deterioração dos cuidados prestados.

## **BENEFÍCIOS INERENTES AO ATO DE CUIDAR**

Salientamos, também, os estudos que enfatizam os benefícios que o ato de cuidar aporta à saúde mental dos cuidadores informais.

Nesta linha Brito (2002, p. 45-6) chama atenção para a consideração de “aspectos potencialmente satisfatórios e gratificantes da situação de prestar cuidados a um familiar”, pois dependendo da história de relacionamento afectivo que o cuidador tem com o doente, a situação de cuidados pode ser vivenciada com fontes causais de satisfação. Em outros casos os elementos gratificantes relacionam-se com os significados atribuídos pelo prestador de cuidados aos vários aspectos da situação, desde o facto de estar a desenvolver novas competências e capacidades até ao sentimento de estar a cumprir um dever moral ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado, passando por todo um conjunto de “pequenas coisas e pequenos nada” que no quotidiano podem revestir-se do maior valor, pela forma como mantêm ou aumentam a auto estima da pessoa, até pelo reconhecimento que os outros expressam acerca do seu desempenho.

Neri e Sommerhalder (2002) assinalam que os investigadores têm dado conta de que o cuidar tem várias consequências possíveis, inclusive experiências positivas. Mas a produção de estudos sobre esse tema é ainda muito tímida. Ressaltam que a maior parte delas foi concebida como extensões de modelos de *stress* do cuidador, por considerar-se que os efeitos positivos de cuidado seriam indícios de adaptação às contendas e à sobrecarga da situação, e não aspectos que indicariam crescimento pessoal. Comentam também que existe uma crença generalizada de que cuidar causa prejuízos ao bem-estar do cuidador. Esta crença é, apoiada em dados empíricos, mas poucos investigadores foram em busca de benefícios que o cuidado pode trazer, provavelmente reflectindo a tendência predominante na psicologia e nas ciências sociais de supervalorizar o disfuncional, o problemático e o patológico.

Ao descreverem os benefícios que o cuidar pode exportar Neri e Sommerhalder (2002) salientam: aumento de sentimento de orgulho; aumento da habilidade para enfrentar desafios; aumento do senso de controlo; crescimento pessoal; retribuição; gratidão; satisfação consigo mesmo e com os outros. Estas autoras alertam, também, sobre a necessidade do rigor nas pesquisas sobre os benefícios do cuidar para que estes não sejam usados para justificar que o poder público deixe os cuidados apenas a cargo da família, não oferecendo ajuda. Revelam ainda que os investigadores que identificaram nos seus estudos benefícios não excluíram a presença de tensão, depressão, sobrecarga, cansaço, privação da vida pessoal, conflitos pessoais e familiares como também doenças físicas.



Estamos de acordo com Brêtas e Yoshitome (2005, p. 111) quando citam que valores como submissão, abnegação, caridade e disciplina, são facilmente detectadas nas justificativas pessoais das pessoas que cuidam de outros no limítrofe do espaço doméstico. Porém, para algumas pessoas, a situação de cuidar do outro é uma oportunidade de exercer comportamentos advindos da hostilidade presente na relação com o enfermo. Encontram-se situações em que os cuidados são prestados com raiva e agressividade.

É também importante ter presente não só o benefício para o doente e família bem como a redução de custos dos cuidados sociais e de saúde. A corroborar este facto temos o estudo de Patel, Knapp, Evans, Perez e Kalra (2004) que teve como objectivo avaliar o custo da eficiência do treino dos cuidadores, examinando os custos dos cuidados sociais e de saúde, os custos dos cuidados informais, e a qualidade de vida ajustada dos prestadores de cuidados. Participaram trezentos doentes vítimas de AVC e seus cuidadores. Foi feito treino dos cuidadores em cuidados básicos de saúde e aconselhamento de estratégias para ajudar a gerir este papel. Este grupo de participantes foi comparado com um outro grupo sem preparação. Como resultados o total de custos dos cuidados sociais e de saúde, um ano após a trombose, para os doentes cujos cuidadores receberam treino, foram significativamente mais baixos. A inclusão dos custos dos cuidados informais, que foi similar entre os dois grupos não alterou esta conclusão. A diferença de custos deveu-se, largamente, às diferenças de tempo de estadia no hospital. Como conclusão, o treino dos cuidadores durante a reabilitação dos pacientes reduziu os custos da prestação de cuidados, enquanto melhorou a generalidade da qualidade de vida dos prestadores de cuidados, um ano após a ocorrência do acidente vascular cerebral.

Ainda na vertente económica Teng, Mayo, Latimer, Hanley, Wood-Dauphiness, Cote et al. (2003) estudaram os custos e consequências de uma alta clínica apoiada e antecipada para o cuidador de doentes vítimas de AVC, quando comparados com os custos do cuidado convencional. Como conclusões os autores advertem que o fornecimento de cuidados domiciliários não foi nem menos nem mais caro para aqueles com maior limitação funcional, do que foi para aqueles com menos limitação funcional. Os cuidadores do grupo pertencente à Alta Apoiada Antecipada (AAA) registaram pontuações consistentemente mais baixas na sobrecarga do que os cuidadores pertencentes ao grupo de cuidados convencionais, mesmos os cuidadores de doentes com maiores limitações funcionais. Os autores terminam abonando que para os doentes que recuperam de um AVC e suas famílias, a Alta Apoiada Antecipada provê uma alternativa eficiente em termos de custos aos cuidados convencionais.

### **IMPLICAÇÕES NEGATIVAS PARA O CUIDADOR INFORMAL**

Os cuidadores familiares de sobreviventes de trombose estão em risco de sofrer consequências negativas na sua saúde, tais como depressão, deficiências/incapacidades psicossociais, e até mesmo mortalidade, como resultado da prestação de cuidados. Bakas, Austin, Jessup, Williams e Oberst (2004), realizaram um estudo em que os propósitos foram: Identificar as tarefas percebidas como mais complexas e demoradas, determinar quais dessas tarefas previam mais frequentemente alterações na disposição/humor e outros efeitos negativos no cuidador, e avaliar as propriedades psicométricas da Escala Oberst de Peso/Fardo da Prestação de cuidados (EOPP), como medidas das tarefas dos cuidadores de vítimas de trombose. O estudo de cariz quantitativo foi aplicado a 116 cuidadores familiares de sobreviventes de AVC. As tarefas percebidas como mais difíceis e demoradas foram igualmente as mais previsoras da disposição/humor e de outros efeitos negativos no cuidador, gerir os comportamentos, e providenciar apoio emocional.

A conclusão descrita no estudo anterior pode induzir o desejo de libertação do cuidado. Assim nos revela o estudo de Bocchi (2001) ao evidenciar que, quando o cuidador familiar vê esgotadas as suas possibilidades de se livrar do papel, por meio de acções que visem à recuperação ou em contar com uma companhia para o doente, pode adoptar duas atitudes: acomodando-se à situação de cuidador ou retomando as estratégias que possam torná-lo livre. Acomodar-se à situação significa que o cuidador familiar decide continuar desempenhando o seu papel junto ao doente, e apesar da sobrecarga que a sua vida vai ter, ele procura ir superando ou convivendo com os problemas com resignação e, principalmente, em consideração ao familiar doente.

Para consumarmos esta ideia aprovaríamos dizer que o processo de cuidar não se deve pautar somente na identificação dos sinais e sintomas da doença mas nas alterações que ocorrem na estrutura do ser e que abalam a sua totalidade. A compreensão destes aspectos é fundamental para o reconhecimento do conceito e do significado do cuidar.

Cuidar não é uma tarefa fácil, porque, desde logo, impõe uma mudança radical na vida de quem cuida, submetendo a execução de tarefas complexas, delicadas e sofredoras (Leal, 2000). Cuidar significa dedicar longos períodos de tempo ao doente, somado ao desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos (Rainbow, Hauser & Adams, 2004). Tendo em atenção que o cuidar vai além do atendimento das necessidades básicas do ser humano, é um

compromisso com o cuidado existencial que envolve o autocuidado, a auto estima, a auto valorização, a cidadania do outro e da pessoa que cuida (Oliveira & Marcon, 2007).

Por isso, a provisão de cuidados informais apresenta inúmeros desafios, designadamente ao nível de alterações da rotina diária, no âmbito profissional, na saúde e no campo social (Santos, 2008). O cuidado informal espelha, por isso, crescente importância social e humana na sociedade contemporânea, bem como se reveste de pertinência científica sendo um tema abordado por numerosos investigadores de diferentes áreas de conhecimento.

### **A Saúde Mental**

Em Portugal o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 visa maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objectivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

Numa óptica transcultural, é difícil definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais abrangendo, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002). Ela é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países (Brundtland, 2002).

A saúde mental é “o ajuste que cada ser humano faz com o outro e com o mundo que o rodeia, com um máximo de eficácia e de felicidade (Menninger, 1945 cit. in O'Brien, Kennedy & Ballard 2002, p.25). Similarmente, a American Nurses Association (1994) cit. in O'Brien, Kennedy e Ballard (2002, p.25) refere que a Saúde Mental é como “um estado de bem-estar, no qual os indivíduos funcionam bem em sociedade, mostrando-se geralmente satisfeitos com as suas vidas.”

O conceito de saúde mental deve, segundo Martins (2004), envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido e a fase de desenvolvimento em que se encontra. Deste modo, a saúde mental é algo mais que a ausência de perturbações mentais.

Entendem-se por perturbações mentais e comportamentais condições clínicas significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Estas não são apenas variações do normal, mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Contudo, um curto período de anormalidade não significa em si mesmo a presença daquelas perturbações. Para isto, é necessário que

tais períodos de anormalidade sejam contínuos ou recorrentes e que resultem de uma certa perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida, (OMS, 2002). A perturbação ou doença mental é “um distúrbio nos pensamentos ou no humor, que causa comportamentos desadaptados, incapacidade de adaptação às pressões normais da vida e/ou deficiente funcionamento. A etiologia poderá incluir factores genéticos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos ou socioculturais, (ANA, 1994 cit. in O’Brien, Kennedy e Ballard, 2002, p.25).” Será, por isso, importante dedicar atenção às políticas sociais de apoio à família e à elaboração e implementação de planos e programas nacionais de saúde, cabendo ao enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, como agentes transformadores no campo da saúde, estar atentos e comprometidos com a assistência ao cuidador e ao idoso doente, pois através de uma assistência de qualidade e não somente na realização de visitas “rápidas” aos domicílios, lares ou hospitais, podemos perceber de uma forma mais ampla o processo saúde-doença, englobando os factores psicossociais de cada um, além de evidenciar os motivos que tornaram os cuidadores como tal e os sentimentos e necessidades destes enquanto cuidam, proporcionando assim, qualidade de vida aos cuidadores e também ao familiar cuidador de idosos (Melo, 2007).

Conceptualmente a acção do enfermeiro nesta área do funcionamento mental poderá ser sustentada nos pressupostos teóricos de Hidegard Peplau considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica que deu um grande contributo para a ciência de enfermagem, mormente no âmbito da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica com o desenvolvimento da **Teoria das Relações Interpessoais**. Esta identifica quatro fases: **Orientação** - a enfermeira ajuda a pessoa a reconhecer e a compreender o seu problema, bem como determina a necessidade de ajuda; **Identificação** – a pessoa identifica-se com quem o pode ajudar; **Exploração** – a pessoa começa a sentir-se integrante provedor de cuidados. Sente um maior controlo da situação, pois é activo na busca de ajuda em todos os serviços que lhe são oferecidos; **Resolução** – o indivíduo coloca, gradualmente, de parte objectivos antigos e adopta novos. Quando esta fase é bem-sucedida, rompem-se as ligações com o profissional com o qual se deu a identificação. Ao longo deste processo o enfermeiro assume diferentes papéis profissionais: **Desconhecido** - aquele que se aproxima, que respeita a pessoa como alguém capaz intelectual e emocionalmente de compreender o que se está a passar; **Educador** - aquele que partilha conhecimentos a respeito de uma necessidade ou interesse; **Recurso** – aquele que oferece informações específicas, necessárias que auxiliam na compreensão de um problema e de uma situação nova; **Conselheiro** - aquele que auxilia a outra pessoa a reconhecer, enfrentar, aceitar e solucionar problemas que interferem na capacidade de viver feliz e eficientemente; **Líder** - aquele que executa

o processo de início e manutenção das metas do grupo, através da interacção; **Substituto** - aquele que se coloca no lugar do outro, sem contudo “tomar o lugar de”, permitindo à pessoa aumentar o seu autoconhecimento quanto ao modo como interage com os outros (George, 1993 cit in Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010).

Num estudo efectuado por Li, Lee, Lin e Amidon (2004) em que os dados obtidos através de entrevistas a 187 cuidadores primários, responsáveis por doentes com um comprovado diagnóstico de AVC hospitalizados, foi constatado nos cuidadores quando comparados com a população normal de Taiwan, que estes possuíam uma saúde mental mais pobre e que as características do cuidador e do paciente contribuem para a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) do Cuidador/prestador de cuidados.

Um acidente vascular cerebral afecta não só o doente mas também e sobretudo o cônjuge. A fase aguda da doença, a gravidade do AVC tem impacto na imagem que o cônjuge tem da sua vida futura, enquanto a avaliação individual das consequências pessoais e da sua capacidade de gestão da situação parece ter um maior impacto no bem-estar psicológico do cônjuge do que o estado objectivo da incapacidade (Forsberg-Warleby, Moller & Blomstrand, 2001). Como razão justificativa aponta-se o facto do prestador de cuidados ser confrontado com um desafio óbvio no que respeita a organizar os sistemas de prestação de cuidados e corresponder às necessidades múltiplas do sobrevivente do AVC (Zwygart-Stauffacher Lindquist & Savik, 2000).

O bem-estar psicológico dos cônjuges cuidadores de doentes vítimas de AVC sofre sem dúvida alterações no início da doença. Esta relação é demonstrada no estudo de Forsberg-Warleby, Moller e Blomstrand (2004). Foram envolvidos 67 cônjuges dos doentes vítimas pela primeira vez da doença com uma idade inferior a 75 anos. O bem-estar psicológico dos cônjuges era significativamente mais baixo nas primeiras semanas após o AVC do cônjuge. Aos quatro meses, tinha aumentado significativamente. Entre os quatro meses e um ano, foram observadas diferenças individuais tanto em aspectos positivos como nos negativos. Assim, o nível médio do grupo permaneceu constante. O bem-estar psicológico dos cônjuges nas primeiras semanas foi significativamente relacionado às incapacidades sensoriais e motoras, enquanto aos quatro meses foi relacionado à incapacidade cognitiva e às capacidades dos pacientes nos cuidados próprios. A longo prazo, no entanto, as situações individuais de vida dos cônjuges e a capacidade de lidar com a situação, parecem ser factores de grande importância para a manutenção do bem-estar.

Clark et. al, (2004), realizaram uma pesquisa para examinar a influência da função motora das vítimas de AVC, as mudanças na sua memória e no seu comportamento, e o

conflito familiar que envolve a recuperação da doença na saúde mental e física dos cuidadores durante o período sub agudo da recuperação. Este estudo transversal e correlacional foi desenvolvido a 132 cuidadores e doentes vítimas de AVC na Geórgia (USA). Os cuidadores eram principalmente brancos (71%), do sexo feminino (74%), com formação universitária (73%) e cônjuges (80%). A maioria dos cuidadores (66%) relatou conflitos familiares. Os cuidadores provenientes de famílias com taxas de funcionalidade familiar fraca, revelaram piores níveis de saúde mental. Os cuidadores relataram pior saúde mental quando cuidavam doentes com uma combinação de grandes mudanças na memória e comportamento e baixa função motora. O conflito familiar parece exacerbar o impacto das mudanças em termos de memória e comportamento na saúde mental do cuidador. Um maior nível de escolaridade do cuidador e a inexistência de problemas sérios de saúde foram associados com uma melhor saúde física do cuidador.

Draper e Brocklehurst (2007) desenvolveram um estudo para investigar o impacto do AVC no cônjuge do doente, prestando particularmente atenção à morbidez psiquiátrica e à pressão/tensão de cuidados, relacionando estes aspectos com o grau de incapacidade do paciente. O impacto da deficiência da fala foi igualmente investigado. Foi empregue uma abordagem quantitativa para investigar 44 casais que participaram no estudo. Apurou-se que os cônjuges tinham um maior grau de morbidez psiquiátrica do que um grupo de referência e uma grande maioria consideraram stressante a prestação de cuidados. A morbidez psiquiátrica e a pressão/tensão nos cônjuges não era directamente proporcional à extensão da incapacidade do doente. Cônjuges cuja fala dos doentes foi afectada tinham mais probabilidades de serem vítimas da pressão/tensão do que aqueles que não foram afectados neste campo.

Bocchi (2004) realizou uma revisão sistemática da literatura com o objectivo de analisar a produção de conhecimentos em periódicos, sobre o peso/fardo colocado nos cuidadores familiares de sobreviventes de AVC. Esta análise reuniu artigos dos anos 80 e 90, através das bases de dados *Medline*, *Lilacs* e *Cinahl*. A análise de conteúdo foi o background metodológico que permitiu apurar o conhecimento do peso das sequelas de um AVC: isolamento social, alterações matrimoniais e insatisfações, dificuldades financeiras das famílias cuidadoras e défice na sua saúde física e cuidados próprios.

Se a relação afectiva edificada entre o cuidador informal for firme e forte, e se a rede de apoios é ampla e eficaz, e se ao cuidador não é exigida nenhuma tarefa de maior complexidade, poderão não se registar situações de crise (Martins, 2006). Cerqueira e Oliveira (2002) confirmam que o peso sentido pelos cuidadores parece ser maior ou menor dependendo, entre outros factores, da qualidade da relação que havia anteriormente com o idoso.

Nesta perspectiva a avaliação da saúde mental nos cuidadores informais é cada vez mais valorizada conforme atesta o estudo de Tooth, McKenna, Barnett, Prescott e Murphy (2005), ao estudarem as relações das variáveis do doente e cuidadores com a sobrecarga, estado de saúde e tempo gasto na “Universty of Queensland, Austrália”, concluíram que após a alta os cuidadores manifestaram níveis de sobrecarga consideráveis aos 6 e 12 meses. Os cuidadores gastaram 4.6 e 3.6 horas por dia prestando assistência aos doentes nas suas actividades diárias, aos 6 e 12 meses, respectivamente. A melhoria da função motora e cognitiva do doente foi associada à redução até 20 minutos por dia, no tempo gasto com as actividades diárias. Uma melhor saúde mental e função cognitiva do doente foram associadas a uma melhor saúde mental do cuidador. Estes autores também são peremptórios em atestar que factores modificáveis como estes podem ser atingidos através do treino do cuidador, e de programas de apoio e educação, assim como terapia no domicílio para os doentes.

Schlote, Richter, Frank e Wallesch (2006) no “Departement of Neurology, Otto von Guericke University, Magdeburg, Germany” questionaram 64 cuidadores de vítimas de trombose incapacitante, aquando da admissão do doente na reabilitação, assim como 6 meses e um ano após a alta hospitalar com o SF36 (Questionário Short Form 36-item) e em relação a co-variantes prováveis. Como resultados apuraram que durante a reabilitação numa instituição, a percepção dos parentes em relação ao seu papel físico e também de todas as escalas da saúde mental, era significativamente mais baixa do que os dados normativos. Encontraram melhorias em todas as escalas, excepto na física, entre a reabilitação institucional e o período de 6 meses após a alta médica. Verificaram-se deteriorações entre os 6 meses e um ano após a alta médica, no que respeita ao funcionamento físico, papel psicológico, funcionamento social, papel emocional e saúde mental. Os autores sublinharam que as alterações observáveis na qualidade de vida no que respeita à saúde, indicam que os parentes passam por diferentes fases enquanto lidam com a doença crónica do membro da sua família durante a reabilitação e no primeiro ano após a alta médica.

Num outro estudo White, Poissant, Cote-Blanc e Wood-Dauphinee (2006) na examinaram a QDV em geral dos cuidadores prestadores de cuidados a familiares vítimas de AVC, para determinar mudanças ao longo do tempo e para identificar os indicadores de QDV. Os cuidadores foram entrevistados após um ano e meio e dois anos de prestação de cuidados. As pontuações nas subescalas mentais foram significativamente inferiores do que as da população geral nos itens idade e sexo. Os indicadores principais da qualidade de vida foram as perturbações comportamentais do sobrevivente de trombose, e a reintegração nos padrões normais de vida. Os cuidadores que relataram menos perturbações comportamentais do sobrevivente de trombose e uma

reintegração mais bem ajustada relataram níveis pessoais mais elevados de qualidade de vida. Estes resultados mostram o impacto do AVC na QDV no que respeita à saúde e na QDV em geral do cuidador, mesmo após 2 anos, e a importância de se intervir preventivamente na promoção da QDV dos cuidadores familiares.

E o delíquio do cuidador conduz ao declínio da sua qualidade de vida e, consequentemente, à deterioração da prestação de cuidados oferecidos (Adams, 2003).

### **A Depressão**

A depressão é uma das patologias psiquiátricas mais comuns, é conhecida em todas as culturas, molestando parcela considerável da população, independentemente do sexo, idade ou etnia, e constitui o factor de maior prejuízo pessoal, funcional e social da actualidade (Souza, Fontana & Pinto, 2005).

A depressão, pela sua alta prevalência mundial e pelo grau de inaptidão funcional que provoca, quer directamente a nível pessoal, quer indirectamente a nível familiar, social e profissional, é, presumivelmente, a patologia psiquiátrica mais estudada em todo o mundo. Os efeitos decorrentes desta perturbação (para o próprio e para a comunidade em geral) aportam não só custos económicos avultados, como se estendem aos custos emocionais, muitas vezes pagos com a própria vida do doente (Moniz, 2007).

A doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica (Wilkinson, Moore & Moore, 2003).

A depressão, considerada por Vaz-Serra (1996, p.17) como “uma entidade clínica que surge do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes e se caracteriza por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma modificação das perspectivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo”. Os predisponentes referem-se às circunstâncias de natureza genética ou psicológica que propiciam a que uma pessoa venha a apresentar uma depressão. Os precipitantes correspondem às circunstâncias do meio ambiente que são susceptíveis de activarem as vulnerabilidades genéticas ou psicológicas que o indivíduo apresenta.

Os sintomas da depressão são agrupados por Wilkinson, Moore e Moore (2003) em cinco grupos relacionados com o humor, o pensamento, o impulso, o físico e os julgamentos (cf. Quadro 1):



**Quadro 1 - Sintomas da Depressão**

<b>Humor</b>	<b>Pensamento</b>	<b>Impulso</b>	<b>Físicos</b>	<b>Julgamentos</b>
Tristeza Infelicidade Melancolia Desespero Ansiedade e tensão Falta de prazer Falta de satisfação Falta de afecto Choro Humor lábil Mau feitio Irritabilidade Desvalorização Défice de memória	Perda de interesse Perda de auto-estima Sensibilidade excessiva Sentimento de inadequação Sensação de apatia Sensação de futilidade Incapacidade de adaptação Dificuldade em tomar decisões Vergonha Desespero Autocensura Lentificação motora e incapacidade de se concentrar	Desejo de fuga Evitamento Sensação de rotina As actividades parecem fastidiosas ou sem sentido Desejo de se refugiar Rituais compulsivos Obstipação	Sensação de esgotamento Cansaço Dores contínuas Dores agudas Perda de apetite Perda de peso Perturbações do sono Perda do desejo Sexual Fadiga Incapacidade para se relaxar Agitação	Ideias delirantes: tipicamente de culpa, desvalorização ou nilismo e de hipocondria Alucinações: tipicamente auditivas, de alguém que fala ao doente, de conteúdo negativo

**Fonte:** Wilkinson, Moore e Moore (2003), *Tratar a Depressão*. Lisboa Climepsi Editores, p.25

A depressão enquanto entidade nosológica afecta também os cuidadores informais. Os sintomas depressivos são o principal factor nas consequências negativas do AVC na vida dos cuidadores: quanto mais um doente é avaliado como depressivo, mais o seu cônjuge relata problemas de saúde e má qualidade de vida. Esta percepção foi validada no estudo de Jungbauer, Von Cramon e Wilz (2003), junto de 26 cônjuges de doentes vítimas de AVC após três anos da ocorrência da doença. Em particular, as mudanças em termos de depressão e de agressividade no comportamento dos doentes são sentidas como fatigantes. As mudanças a longo prazo na vida do quotidiano e no companheirismo acarretaram uma sobrecarga emocional crónica para os cônjuges.

Os cuidadores informais de doentes com AVC apresentam frequentemente fadiga, sofrimento, dificuldades económicas e presença de sintomas depressivos, que se mantêm praticamente inalterados, quando comparados com o primeiro, terceiro e sexto mês após o início da prestação de cuidados, Teel et al., (2001) cit. in Marques (2007).

Berg, Palomaki, Lonnqvist, Lehtihalmes e Kaste (2005) expõem o resultado de uma investigação que tinha como objectivo avaliar a prevalência de sintomas depressivos nos cuidadores de sobreviventes de AVC e determinar que doentes ou factores relacionados com a trombose podem prever a depressão no cuidador durante um período de 18 meses após o AVC. Foram examinados 98 cuidadores de 100 doentes que vivenciaram a sua primeira trombose isquémica no Hospital Central de Helsínquia. Os prestadores de cuidados foram entrevistados na fase aguda e aos 6 e 18 meses. A depressão foi avaliada com o Inventário de Depressão Beck. O estado neurológico, funcional, cognitivo, e emocional do doente foi avaliado cinco vezes durante a prossecução, através de uma bateria de testes exaustiva. Como resultados um total de 30% a 33% de todos os cuidadores encontrava-se deprimido durante o estudo; as taxas

eram mais elevadas do que as dos doentes. Na fase aguda, a depressão do cuidador foi associada à severidade do AVC e à idade avançada do doente, e aos 18 meses a idade mais avançada do doente foi associada à depressão dos cônjuges. Numa fase mais avançada do seguimento do estudo, a depressão do cuidador foi mais bem prevista pela depressão do cuidador na fase aguda.

No que concerne ao estado de humor os resultados obtidos no estudo de Lage (2007) revelaram que os cuidadores dos idosos com autonomia física experimentaram menor depressão-rejeição e menor fadiga-inércia do que os cuidadores dos idosos dependentes. Estes resultados, afirma a autora, são compreensíveis, atendendo a que a dependência física do idoso, pressupõe, em princípio, maior necessidade de permanência física do cuidador, maior dispêndio de energia, maior grau de responsabilização e maior confinamento a casa, factores, que podem aumentar a depressão e a fadiga.

Kings et al., (2001) idealizaram um projecto longitudinal para examinar a adaptação dos cuidadores primários de doentes vítimas de AVC durante a transição do hospital para os cuidados em contexto doméstico. Os principais objectivos do estudo consistiram: Examinar as mudanças em termos de depressão, saúde física, e dos factores de contextualização e de gestão desde a hospitalização do doente, até às 6-10 semanas de cuidados em contexto doméstico; Identificar os factores preditivos da depressão.

Foram estudados 136 cuidadores. As variáveis da hospitalização foram responsáveis por 29% da variação na depressão dos cuidadores durante a hospitalização, sendo que o sexo/género e o cálculo/avaliação do impacto se revelaram os mais fortes de entre os sete factores preditivos. A depressão durante a hospitalização, a saúde durante o período de prestação de cuidados em contexto doméstico, o funcionamento familiar, e a fuga das estratégias de gestão foram, de entre sete, os factores preditores mais fortes, explicando 50% da variação da depressão ao longo do período de prestação de cuidados em contexto doméstico.

A corroborar com esta conjectura está o estudo de Clark, Dunbar, Aycok, Courtney e Wolf (2006) em que descreve os tipos de alterações de memória e mudanças comportamentais que ocorrem mais frequentemente e a resposta dos cuidadores a estes comportamentos. Estas alterações de memória e as mudanças comportamentais eram perturbadoras para os cuidadores. Os cuidadores não reconheceram algumas das alterações de memória e as mudanças comportamentais como potenciais sintomas de depressão. Emerge desta investigação que a má interpretação dos cuidadores em relação à dimensão do controlo que os sobreviventes podem ter sobre alguns

comportamentos tem implicações na reabilitação e na resposta dos cuidadores a estas mudanças.

Schreiner e Morimoto (2003) examinaram a relação entre a perícia do cuidador e os sintomas depressivos entre cuidadores de vítimas de trombose, no Japão. Inferiram que os cuidadores familiares (n=100) com altos níveis de perícia tinham níveis de sintomas depressivos significativamente mais baixos do que os prestadores de cuidados com menos perícia e tinham mais probabilidades de recorrer a um cuidador alternativo. Relataram igualmente níveis significativamente mais reduzidos de sobrecarga, no entanto, paradoxalmente, tinham mais probabilidades de avaliar os seus receptores de cuidados como funcionalmente mais dependentes deles. A idade do cuidador, o estado de saúde, e a duração da prestação de cuidados não foram relacionados com a perícia. Os homens demonstraram um sentido significativamente mais alto de mestria. Na generalidade, as descobertas estabelecem paralelos com os resultados encontrados nos cuidadores familiares ocidentais, apesar de a média de pontuação de perícia dos cuidadores japoneses ser inferior à relatada pelos cuidadores familiares americanos.

O United Hospital em Nova Iorque (Levine et al., 2006) estudou cuidadores familiares de doentes vítimas de AVC quando os cuidados domésticos foram iniciados e terminados e encontrou que mesmo com serviços formais de curto-prazo, os cuidadores familiares forneciam três quartos dos cuidados. A incapacidade de mobilidade dos doentes e a não necessidade de medicação foram os principais factores na determinação da quantidade e duração dos serviços formais. Entre um terço e um meio dos cuidadores familiares relataram sentir-se inadequadamente preparados para a situação. Em todas as etapas, os cuidadores familiares expressaram níveis significativos de isolamento, ansiedade e depressão.

Clark e King (2003) fizeram um estudo em que compararam cuidadores familiares de pessoas vítimas de demência com cuidadores familiares de sobreviventes de AVC. Os primeiros relataram que os receptores de cuidados se encontravam mais diminuídos no que respeita a actividades independentes da vida do quotidiano, e sofriam de maiores problemas de memória e comportamentais. Não se registaram diferenças no que se relaciona com os níveis de depressão e de fadiga. Mesmo com os benefícios que os cuidados de folga/repouso trazem, um número substancial de cuidadores registou pontuações de depressão acima do nível que normalmente indica possível depressão clínica.

Cameron, Cheung, Streiner, Coyte e Stewart (2006) apresentaram uma investigação realizada no “Rehabilitation Institute, University of Toronto” e em que o objectivo era determinar o impacto dos Sintomas Comportamentais e Psicológicos (SCP) dos sobreviventes de trombose na experiência de depressão dos cuidadores/prestadores

de cuidados informais no contexto da prestação de cuidados. No estudo foram usadas entrevistas quantitativas e estruturadas, em 94 cuidadores/prestadores de cuidados informais. Constataram que os SCP exibidos pelos sobreviventes de trombose contribuíram para a experiência de depressão dos cuidadores informais.

Fatoye, Komolafe, Adewuya e Fatoye (2006) investigaram sintomas emocionais e domínio da Qualidade de Vida (QDV) entre prestadores de cuidados/cuidadores primários de sobreviventes de trombose/AVC e determinaram indicadores de previsão destas variáveis no que respeita aos sobreviventes de trombose e aos seus cuidadores. Foi feito um estudo transversal em unidades médicas dos dois maiores hospitais do Complexo de Hospitais Universitários de Obafemi Awolowo, Ile-Ife, Nigéria. Participaram 103 pares de cuidadores de doentes vítimas de trombose e cuidadores de doentes hipertensos de baixa gravidade, e 103 sobreviventes de trombose/AVC. Foram observados e diagnosticados com sintomas de ansiedade e depressão clinicamente significativos 22,3% e 24,3% dos cuidadores de vítimas de trombose. Comparativamente apenas 11,7% e 13,6% dos indivíduos do grupo de controlo apresentaram estes sintomas. Os cuidadores de doentes vítimas de trombose com níveis médios de ansiedade e depressão significativamente mais altos, e também com níveis médios significativamente inferiores nos quatro domínios da QDV (saúde física, saúde psicológica, relações pessoais e ambiente). Através da análise de regressão, os sintomas de ansiedade nos prestadores de cuidados vítimas de trombose foram previstos através do elevado estatuto socioeconómico do sobrevivente e nível de paresia/paralisia. Os sintomas de depressão foram previstos através da idade avançada dos cuidadores e dos níveis de depressão dos doentes. Uma melhor QDV em um ou mais domínios WHOQOL-Bref foi prevista através da relação íntima com o sobrevivente, sexo feminino do cuidador, maior duração da prestação de cuidados, maior nível de escolaridade do sobrevivente e idade mais avançada do sobrevivente. A baixa QDV em um ou mais domínios foi prevista através da idade mais avançada do cuidador, a percepção do cuidador em relação ao doente como cooperativo, o sexo feminino, a depressão, a paresia/paralisia e incapacidade cognitiva do sobrevivente.

O propósito do estudo de Visser-Meily, Heugten, Post, Schepers e Lindeman (2005), realizado na "University Medical Center" com o objectivo de identificar os factores que possam prever a qualidade de vida dos cônjuges dos doentes um ano após a trombose (avaliados em 187 participantes), foi verificado que cerca de 80% dos cônjuges relataram pouca QDV numa ou mais medidas; 52% relataram sintomas depressivos; 54% revelaram níveis de tensão/pressão significativos e apenas 50% estavam satisfeitos com a vida em termos gerais.

Kuroda, Kanda e Asai (2003) identificaram na sua investigação factores que influenciam significativamente a QVRS dos cuidadores de vítimas de AVC. Os participantes foram 150 cuidadores e 167 doentes que requisitaram ajuda para as actividades do quotidiano após a alta clínica. A análise de regressão múltipla revelou que os factores que influenciaram significativamente a QDV do cuidador foram a idade do cuidador e o apoio familiar aos prestadores de cuidados, o estado de depressão/ansiedade, o estado de dor/desconforto e a falta de memória dos doentes. Para além disso, foi observada uma correlação significativa da pontuação na QDV entre doentes e cuidadores em estados de dor/desconforto e ansiedade/depressão.

Em 100 cuidadores japoneses foi realizado um estudo por Morimoto, Schreiner e Asano (2003) para examinar a relação entre a sobrecarga e a qualidade de vida para a saúde em cuidadores de doentes idosos vítimas de AVC, tendo-se verificado que o aumento da sobrecarga está significativamente relacionado com a diminuição da qualidade de vida para a saúde. Para além disso, a prevalência de sintomas depressivos entre cuidadores era o dobro daquela verificada na comunidade responsável pela prestação de cuidados a idosos. Apesar da prevalência de sintomas depressivos apenas um dos cuidadores tinha recebido tratamento psiquiátrico durante a sua jornada de prestação de cuidados.

Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci e Newman (2004) documentaram um estudo que examinou as características sociodemográficas, físicas e psicossociais dos cuidadores familiares de sobreviventes de trombose em risco de depressão. Foram recolhidos dados de 52 prestadores de cuidados e receptores de cuidados com trombose isquémica. Os dados foram recolhidos um ou dois dias antes da alta clínica de uma instituição de reabilitação e às 5, 9 e 13 semanas após a alta hospitalar. Como resultados os autores assinalam: comparados com os Afro-americanos, os Caucasianos têm 3,7 vezes mais probabilidades de estar em risco. As probabilidades de estar em risco de comportamento depressivo diminuíram em 30% por cada unidade de aumento de pertença e aumentou 5% por cada unidade de aumento na sobrecarga. Anotam os autores que os cuidadores familiares que se encontram isolados dos outros podem beneficiar de intervenções terapêuticas que facilitem a interacção social e diminuam a sobrecarga do cuidador. As diferenças étnicas na depressão dos cuidadores merecem futuras investigações.

Em síntese, os estudos mostram que tendencialmente as variáveis sexo, idade, isolamento social, mudanças na vida quotidiana, alterações neurológicas, funcionais, cognitivas e afectivas, são fontes de quadros depressivos nos cuidadores informais. O apoio ao cuidador é por isso, imprescindível numa primeira fase da doença. É também importante a percepção da sua autoconfiança para a resolução de problemas e para a

gestão de emoções negativas, promovendo um estado de ânimo positivo, aliviando deste modo a sobrecarga do cuidador informal e promovendo a sua saúde mental.

### **A Sobrecarga do Cuidador Informal**

O cuidar de uma pessoa incapacitada é sempre uma “dura carga” para qualquer pessoa que se veja submetida a tal tarefa. É frequente que em algum momento o cuidador se sinta incapaz de enfrentar a tarefa, já que compromete o seu bem-estar e a sua saúde (Couto, 2004).

A sobrecarga dos cuidadores é, segundo Martins (2006, p.64) “ uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à percepção subjectiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador. Ou seja, a sobrecarga é um produto, resultado da avaliação dos cuidadores acerca do papel e das tarefas que realizam, da percepção e desenvolvimento da doença dos familiares e das interferências que estes factores causam nos vários domínios da vida da pessoa.” A mesma autora descreve o processo de cuidar de um familiar idoso e/ou dependente como contínuo e quase sempre irreversível, stressor e gerador de uma situação de crise.

Em alguns estudos (Brito, 2002) sobre a situação de sobrecarga das pessoas que prestam cuidados a familiares foi proposta a distinção entre sobrecarga subjectiva e objectiva. A sobrecarga objectiva estará relacionada com a situação de doença e dependência, com o tipo de cuidados necessários e com as repercussões da situação na vida do prestador de cuidados em termos de saúde, emprego, vida social, aspectos económicos. Corresponde a acontecimentos percebidos pelos cuidadores, directamente associados ao desempenho desse papel, como por exemplo, a restrição de tempo livre, maior esforço físico, gastos económicos e o efeito das alterações no bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

A sobrecarga subjectiva resulta, por seu lado, da responsabilidade emocional do prestador de cuidados, incluindo a forma como ele sente a situação de sobrecarga, e o seu grau de desânimo, ansiedade ou depressão (Marques 2007). Poderá ainda estar relacionada com as consequências psicológicas para a família cuidadora (Bocchi, 2004).

Martins (2006) salienta que a sobrecarga subjectiva se refere aos sentimentos e atitudes tomadas, inerentes às tarefas e actividades desenvolvidas no processo de cuidar. Daí a importância reconhecida actualmente sobre o papel desempenhado pelos cuidadores informais a familiares dependentes, tendo em conta os aspectos demográficos e socioeconómicos relacionados com a situação, bem como com a

natureza complexa dos cuidados e das interacções que se gerem entre os diferentes intervenientes (Marques, 2007).

São também peremptórios os investigadores Wyller et al., (2003) em afirmarem que o bem-estar emocional é influenciado quando um familiar próximo é vítima de um AVC. Tal parece relacionar-se mais fortemente com a sobrecarga percebida da prestação de cuidados, do que com as características objectivas do doente. Neste estudo participaram 54 pessoas vítimas de AVC um ano após o acontecimento e seus respectivos cuidadores.

A “sobrecarga e o *stress* de que são alvo os cuidadores residem em dois aspectos básicos: os relacionados com o cuidar da pessoa dependente e as mudanças que esta tarefa impõe na vida de quem cuida. A grande dificuldade do cuidador informal, surge quando exige uma disponibilidade em tempo quase permanente e a mobilização de recursos por parte de um só familiar, sem condescendência pela sua condição socioeconómica e muito menos pela motivação e o tipo de relação entre o cuidador e o receptor de cuidados, o que causa nestes prestadores de cuidados uma enorme sobrecarga, levando-os a um desgaste e exaustão pelas solicitações quer físicas, quer emocionais” (Simões, 2003, p. 34).

Foi efectuada uma pesquisa por Bjorkdahl, Nilsson e Sunnerhagen (2007) no “Institute of Neuroscience and Physiology, Rehabilitation Medicine, University, Sweden” centrada num estudo de aconselhamento em contexto doméstico em 35 cuidadores de pacientes após a trombose para uma avaliação da sobrecarga da prestação de cuidados, sendo que o objectivo deste estudo era avaliar se o aconselhamento em contexto doméstico reduz a sobrecarga do cuidador familiar. Fizeram parte de um ensaio controlado e aleatório, comparando a reabilitação no contexto doméstico com a reabilitação fora de portas. As avaliações com o questionário da avaliação da sobrecarga do cuidador foram realizadas às 3 semanas, 3 meses e um ano após a alta hospitalar. Verificou-se um efeito positivo do aconselhamento, uma vez que a sobrecarga tende a diminuir após a intervenção enquanto a reabilitação fora do contexto doméstico parece ajustar-se com o passar do tempo. Expressam os autores que o aconselhamento reduz o peso/fardo da prestação de cuidados.

Foi também na Coreia que Choi-Kwon, Kim, Kwon e Kim (2005) seleccionaram e avaliaram aleatoriamente 340 doentes vítimas de AVC durante três anos após a ocorrência da doença. De entre todos eles, 147 cuidadores e doentes foram entrevistados. As conclusões do trabalho patentearam que a ansiedade do cuidador, os défices físicos do doente, e o facto de a cuidadora ser nora do doente, são factores importantes na sobrecarga do cuidador nesta população.

Van Exel, Koopmanschap, Van den Berg, Brouwer e Van den Bos (2005) avaliaram a sobrecarga objectiva e subjectiva da prestação de cuidados a doentes vítimas de AVC e investigaram quais as características do doente, do cuidador informal e da sobrecarga objectiva que mais contribuíram para a sobrecarga subjectiva e para a condição de se sentirem substancialmente afectados por esse peso/fardo numa amostra de 151 doentes e os seus cuidadores primários informais em Netherlands. Inferiram que tanto o nível da sobrecarga subjectiva, como o facto de se sentirem substancialmente afectados por esse peso estava associado com a qualidade de vida no que respeita à saúde, tanto do doente como do cuidador, à idade do doente, e ao número de tarefas executadas no âmbito da prestação de cuidados.

McCullagh, Brigstocke, Donaldson e Kalra (2005) recolheram, ao longo de um ano em três escolas de medicina em Londres, dados alusivos às características dos doentes, dos cuidadores, sobre a saúde e apoio social, em 232 sobreviventes de trombose, num ensaio aleatório de treino de cuidadores. A contribuição destas variáveis para a pontuação da sobrecarga do cuidador e a qualidade de vida é medida aos 3 meses e um ano e foi analisada usando modelos de regressão. Os resultados demonstraram que a pontuação da sobrecarga e a pontuação da qualidade de vida estão correlacionadas entre si, e com as variáveis do doente (idade, dependência, disposição), do cuidador (idade, sexo, e a participação do cuidador em sessões de educação para a saúde), foram factores preditores de qualquer resultado aos 3 meses. A dependência do doente e o apoio da família foram factores preditores adicionais a um ano. O apoio dos serviços sociais previu a institucionalização, mas não os resultados no cuidador. Os autores acentuam que a idade avançada e a ansiedade nestes doentes e seus cuidadores, o elevado nível de dependência, e o fraco apoio à família são factores de risco nos cuidadores o que pode ser reduzido através de um acompanhamento ao cuidador.

Também White, Mayo, Hanley e Wood-Dauphinee, (2003) estudaram as relações entre as características do cuidador e do doente vítima de AVC e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) e QDV geral, em 97 pares durante o primeiro e segundo ano após a ocorrência da doença. Comparado com a idade e sexo da população geral, os cuidadores obtiveram pontuações significativamente mais baixas de QVRS, e as diferenças foram maiores para as mulheres do que para os homens. As características do prestador de cuidados (idade avançada, menor sobrecarga e menos sintomas físicos) foram associadas com uma melhor QVRS no primeiro ano, com descobertas similares no segundo ano. A incapacidade física moderada no doente e as características do cuidador (idade inferior e melhor QVRS) foram associadas com a QDV geral no primeiro ano. Durante o segundo ano, uma pior saúde física e mental do



cuidador e o facto de se cuidar de um doente vítima de trombose com dificuldades de comunicação foram associados a uma diminuição da QDV.

Em síntese, o desempenho do papel de cuidadores informais interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social dos mesmos, predispondo-os a conflitos. A prestação de cuidados constitui uma tarefa árdua e desgastante, representando uma potencial ameaça para a saúde física e psíquica dos cuidadores, verificando-se entre os mesmos uma prevalência de problemas psiquiátricos, problemas físicos e de procura dos serviços de saúde (Martins, 2006).

### **Sobrecarga Física**

Dependendo do tipo de tarefas e responsabilidade exigida perante o grau de dependência do doente e do seu nível de deficiência, os Cuidadores Informais poderão ficar fisicamente exaustos e incapazes de cumprir o seu papel. Os cuidadores poderão sofrer de vários problemas físicos, sendo os mais habituais, as lombalgias, tendinites, cefaleias (Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado & Martins, 2002).

Brito (2002) sugere que a situação de prestação de cuidados afecta a saúde física, ocorrendo alterações no sistema imunitário, problemas de sono, enxaquecas, problemas gastrointestinais, fadiga, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares. Bocchi (2004) complementa esta ideia referindo, que alguns estudos descrevem, entre a maioria dos cuidadores, problemas como o cansaço, distúrbios do sono pelo facto de dormirem tarde e terem os seus sonos interrompidos para prestarem cuidados, aparecimento de cefaleias e perda de peso.

As consequências para o prestador de cuidados resultam sobretudo do tempo que necessitam despendar com a pessoa dependente e a fadiga, consequência de sonos interrompidos e da sobrecarga do trabalho doméstico conciliado com o trabalho profissional. A fadiga resultante destes factores é acrescida da incerteza de saber gerir bem o tempo e de saber cuidar adequadamente do doente (Azeredo, 2003). “Quase sempre o cuidador mergulha numa rotina extenuante de cuidados com o doente, que começa cedo e se prolonga durante um tempo indeterminado. O cuidador informal deixa por vezes de descansar, não se alimentando correctamente, desvalorizando os próprios problemas de saúde” (Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado e Martins, 2002).

Os resultados do estudo de Calmels, Ebermeyer, Bethoux, Gonard e Fayolle-Minon (2002) confirmaram o valor preditor da incapacidade funcional relativamente à sobrecarga decorrente da prestação de cuidados a doentes vítimas de AVC.

No entanto, num estudo de Thommessen, Wyller, Bautz-Holter e Laake (2001) a função cognitiva diminuída foi a única característica dos doentes que previu a sobrecarga psicológica subsequente no prestador de cuidados.

Associado a um problema físico surgem quase sempre em simultâneo, consequências emocionais, tornando este processo num ciclo vicioso.

### **Sobrecarga Emocional**

É na área da saúde mental e emocional, que os efeitos da prestação de cuidados a familiares dependentes mais se faz notar, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. A depressão é, aliás, o quadro clínico que mais frequentemente ocorre, manifestando-se normalmente no prazo de um ano após o início da situação de prestação de cuidados (Brito, 2002).

O *stress* emocional, gerado pelo papel de cuidador informal, é acrescido pelas dificuldades em controlar o próprio tempo, as relações afectivas, as angústias, os medos, as tristezas, as múltiplas responsabilidades, assim como pela pressão da dependência do familiar. Para o indivíduo, este *stress* emocional pode resultar em sentimentos como ressentimentos, amargura e até raiva pelas constantes responsabilidades e privações, podendo ainda existir o desejo secreto de se desfazer da carga, enviando o doente para alguma instituição, ou até desejar a sua morte. Estes desejos poderão causar grandes sentimentos de culpa no cuidador (Marques, 2007). A sobrecarga emocional, nem sempre é expressa espontaneamente pelos cuidadores informais, em parte pelos sentimentos de culpa que lhe estão ligados, mas também por causa da atenção, que geralmente está voltada para o doente (Bocchi, 2004).

A avaliação da incapacidade dos doentes com AVC pelos seus cônjuges está directamente relacionada com a sobrecarga psicológica sentida pelos consortes é o que fundamenta o estudo de Kitze, Von Cramon e Wilz (2002). Concluíram ainda que os factores preditivos da sobrecarga emocional nos cônjuges são o sexo e a percepção subjectiva em relação à incapacidade do doente. A idade dos cônjuges, assim como a avaliação médica da severidade da doença não têm, pelo contrário, qualquer valor na previsão em relação à extensão da sobrecarga emocional dos cônjuges.

### **Sobrecarga Social e Familiar**

Ao assumir o papel de cuidador, o sujeito vê-se confrontado com uma situação sem alternativa de escolha, pautada por uma forte obrigação moral e social, a qual, raramente, é partilhada por outros elementos da família. O estado do doente e as solicitações do mesmo podem absorver de tal forma o tempo do cuidador, que este se vê confrontado com uma grande e contínua sobrecarga emocional, que o conduz a um isolamento e diminuição dos seus contactos sociais. Prestar cuidados vinte e quatro horas por dia, pode causar *stress* social ao cuidador, pelo afastamento muitas vezes da sua própria família, dos amigos e da sua vida social (Marques, 2007). Por vezes o

cuidador é obrigado a abdicar da sua actividade profissional sendo também esse facto motivo de angústia (Brito 2002).

Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado e Martins (2002, p.33) referem-se à sobrecarga familiar, salientando que: “(...) por vezes surgem conflitos familiares, associados à sobreposição de papéis do cuidador. Estes conflitos são geralmente provocados por familiares próximos que não estão directamente implicados na prestação de cuidados. De entre os múltiplos factores que poderão estar na origem destes conflitos, destacam-se os seguintes: falta de atenção para a restante família, nomeadamente para os filhos e cônjuge, achar que o cuidador não presta os cuidados adequados, os cuidadores recebem críticas negativas pelo que fazem e os familiares defenderem que o doente deve ser institucionalizado. Verificando que o conflito familiar tem um impacto significativo na sobrecarga e *stress* e, portanto, na saúde mental do cuidador informal”.

Marques (2007) realizou um estudo no concelho de Coimbra, tendo a colheita de dados sido efectuada nos Serviços de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. A amostra constituída por 50 cuidadores informais, com prevalência do sexo feminino, com média de idade de 61 anos, conjugues de doente dependente com nível socioeconómico médio baixo, a residir em meio rural no mesmo domicílio do familiar dependente. A maioria dos cuidadores não repartia o encargo na prestação de cuidados e um maior número de inquiridos prestava cuidados há mais de seis meses. Aquando da alta hospitalar do doente 27 cuidadores não receberam ensinamentos. A autora concluiu que os cuidadores mais velhos tendem a apresentar menor sobrecarga global, menor implicação na sua vida pessoal e menor reacção às exigências. Os cuidadores do sexo masculino evidenciam menor sobrecarga emocional, menores implicações na sua vida pessoal, menor sobrecarga financeira e maiores mecanismos de eficácia e controlo. Os cuidadores cônjuges do doente evidenciam menor sobrecarga na prestação de cuidados. Os inquiridos com um nível socioeconómico mais elevado evidenciam menor sobrecarga na prestação de cuidados. Os que residem no mesmo domicílio do doente tendem a apresentar menor sobrecarga emocional, menor reacção às exigências e maior satisfação com o seu papel e com o familiar.

Gonçalves, Alvarez e Santos (2005) chamam a atenção para a tendência da concentração dos cuidados em apenas um membro familiar, e que este, quase sempre do sexo feminino, se sobrecarrega, se estressa e se desgasta (...) e em consequência a exaustão e a doença tornam-se uma incidência inevitável.

O mesmo foi apurado por Van Den Heuvel et al., (2001) ao estudar 212 cuidadores em risco de exaustão. Verificaram que as fortes mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais do doente vítima de AVC constituem os maiores factores de risco para depauperação do cuidador e que a maioria dos cuidadores eram cônjuges

do sexo feminino. Sendo que elas, os cuidadores mais jovens e os com pior saúde física, foram igualmente identificados como grupos de risco.

Todavia os profissionais do ramo da saúde deverão preocupar-se com a coordenação entre reabilitação institucional e informal, de forma a melhor otimizar a qualidade dos cuidados prestados em casa, não esquecendo que os cuidados informais variam da ajuda física ao apoio psicossocial. Em resultado deste facto, estes cuidadores podem sofrer elevados níveis de sobrecarga, associados a características dos doentes e dos próprios cuidadores. Deste fardo/peso pode resultar na deterioração do estado de saúde, na vida social e no bem-estar dos cuidadores.

Os cuidadores devem serem vistos como *parceiros* dos cuidadores profissionais na partilha da prestação de cuidados aos doentes, mas devem igualmente, ser considerados como potencialmente em risco de doença, pois têm também problemas e necessidades especiais (Van Heugten, Visser-Meily, Post e Lindeman, 2006).

Nesse sentido o estado de saúde e a qualidade de vida dos prestadores de cuidados podem ter ganhos significativos se houver pausas nos cuidados, que poderão passar por sistemas de internamento temporário. Num estudo realizado por Gonçalves (2002) a maioria dos cuidadores referia não conseguir descansar o suficiente mesmo durante o dia, sugerindo como alternativa, fazer *de tempos em tempos*, um intervalo de cuidados, passando o doente a um parente ou amigo.

### **Sobrecarga Financeira**

Os familiares cuidadores de pessoas com AVC têm geralmente problemas com o emprego, em virtude de terem de sair mais cedo ou mesmo abandonarem o seu posto de trabalho, para se dedicarem ao cuidado do seu familiar. Para aqueles serviços que não dependem somente da família, como por exemplo, ir ao médico, compra de medicamentos, há necessidade de tomar decisões para a resolução do seu pagamento. Se o dinheiro é limitado, outras pessoas da família, para além do cuidador principal, terão de participar nas despesas, o que causa muitas vezes, sobrecarga a todos os membros da família (Marques, 2007).

A investigação referente à sobrecarga no cuidador informal é peremptória ao afirmar que ela é capaz de afectar negativamente o quotidiano do cuidador.

Pierce, Steiner, Hicks e Dawson-Weiss (2007) na “University of Toledo, USA” relatam a experiência percebida por um marido de 55 anos que prestou cuidados à sua esposa vítima de AVC, ao longo de um ano de participação num estudo cibernauta de intervenção de apoio. Numa análise secundária de dados, as entradas da sua narrativa (n = 213) foram codificadas e inseridas na estrutura de organização sistémica de Friedmann. Os temas que emergiram destes dados foram os de cuidador, providenciar

apoio, oferecer soluções, e assumir o controlo. A dimensão do sistema de manutenção do processo de Friedmann foi a área que capturou a maior parte da sua experiência, que indicou que este cuidador gastou uma quantidade significativa da sua energia na criação de controlo e estabilidade dentro do seu ambiente para manter a congruência ou equilíbrio na sua vida.

Poder-se-á referir que as variáveis relativas ao doente que tendencialmente se associaram à sobrecarga do cuidador foram: a idade, nível socioeconómico, grau de parentesco, grau de dependência, função cognitiva e a saúde mental. No cuidador salientaram-se: a depressão, ansiedade, o número de tarefas executadas no âmbito da prestação de cuidados e a sua percepção subjectiva da incapacidade do doente. Foi ainda expressa a necessidade adicional de informação e de apoio para alívio da sobrecarga.

### **O Stress**

Cuidar de um indivíduo idoso, dependente, portador de uma doença crónica, pode representar uma ameaça constante, já que esta situação é geradora de *stress* (Simonetti & Ferreira 2008). Salientando que a maior fonte de *stress* para os cuidadores está relacionado com falta de ajuda, no sentido de divisão de responsabilidades com outros membros da família, e não com o cuidar propriamente dito.

Nesta linha, compreende-se que as doenças graves são sempre vivenciadas como fenómeno ambiental que, sendo estranho ao *self*, gera *stress* tanto para o doente como para o familiar cuidador (Vitalim, 2005). E é a partir da teoria do stress que se pode conceptualizar o cuidado como um factor causador de stress que é devido a algo de carácter objectivo que perturba ou ameaça a actividade habitual do indivíduo e produz uma necessidade de ajustamento substancial nas condições de cuidador (Martín, Paul & Roncon, 2000).

O binómio saúde/doença é considerado hodiernamente como o produto de factores diversos entre os quais o *stress* ocupa um lugar proeminente. Contudo, “embora o *stress* possa estar na origem de transtornos de natureza física e/ou psíquica não se deve considerar como sinónimo de doença. Não podemos admitir como enfermidade uma condição inerente à vida e que todos têm de enfrentar. Além disso (felizmente!) a grande maioria das circunstâncias indutoras de *stress* não determina qualquer doença particular, (Vaz-Serra, 2002, p. 18).”

Conceptualmente, o *stress* pode ser perspectivado como processo e como estado. O *stress* como processo é a tensão diante de uma situação de desafio por ameaça ou conquista. O *stress* como estado é o resultado positivo (eustress) ou negativo (distress) da tensão realizada pela pessoa (Limongi-França & Rodrigues, 2005).

Outro ângulo de análise relaciona-se com a importância da condição do organismo e o *stress* se desenvolverem em etapas, podendo o indivíduo ter um baixo nível de *stress* ou ainda um *stress* crónico e ser considerado nas duas condições como “estressado” (Lipp & Malagris, 2001).

A investigação mostra existir algo em comum nas diferentes variantes do *stress*, quando intenso, deteora a saúde e o bem-estar psiconeuroendócrino, pois a resposta abrange uma ampla participação dos sistemas endócrino e nervoso, que são responsáveis pelo controlo neural da secreção hormonal e seus efeitos sobre o comportamento (González, 2001).

O *stress* é, por isso, definido como uma reacção psicofisiológica muito complexa que tem, na sua génese, a necessidade do organismo se modificar face a algo que ameaça, a homeostase interna. Isto pode ocorrer quando a pessoa se confronta com uma situação tanto positiva como negativa. O *stress* é então considerado não como uma reacção única, mas como um processo, porquanto no momento que a pessoa está sob tensão, um longo caminho bioquímico se configura (Lipp, 2003).

Limongi-França e Rodrigues (2005) também enfatizam que o *stress* não é apenas uma reacção do organismo, pois compreende uma relação singular entre o indivíduo, ambiente e as situações às quais estão sob controlo, sendo percebido pela pessoa como uma ameaça ou ainda como algo que exige dela mais que as suas próprias capacidades ou recursos, colocando em risco o seu bem-estar.

Vaz-Serra (2002, p.27) refere que “em situações de *stress* intenso a pessoa negligencia as suas actividades quotidianas para investir e se preocupar apenas com o acontecimento perturbador”. Acrescentando que as perturbações físicas e/ou mentais associadas ao *stress* podem surgir quando o agente indutor de stress é frequente, intenso e/ou prolongado, o que de certa forma prejudica o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Além disso, há que considerar que quando um agente de *stress* desencadeia um determinado tipo de doença (física ou psíquica), deve-se considerar que o acontecimento perturbador faz aparecer ou acentuar uma vulnerabilidade pré-existente.

As circunstâncias indutoras de *stress* poderão incluir entre outras, traumas significativos ocorridos na vida do quotidiano, acontecimentos relevantes da vida, ou ainda acontecimentos incomodativos do dia-a-dia (Vaz-Serra, 2002) (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 - Classes de Circunstâncias Indutoras de Stress**

CLASSES	CARACTERÍSTICAS
<b>Acontecimentos Traumáticos</b>	Circunstâncias graves; Exemplos: ameaça de morte, espancamento, vítima de incêndio.
<b>Acontecimentos Significativos da Vida</b>	Simbolizam uma «martelada» que de repente ocorre na vida de uma pessoa; Exemplos: divórcio, morte do cônjuge, saída de um filho de casa.
<b>Situações crónicas indutoras de stress</b>	Problemas perturbadores que são tão regulares no desempenho dos papéis e das actividades diárias do indivíduo, que se comportam como se fossem contínuos; Exemplos: conflitos com o cônjuge, ter frequentemente tarefas a realizar com prazo limite, ter demasiado número de solicitações para cumprir ao mesmo tempo. Num sentido figurado correspondem a “um processo de envenenamento” que ocorre na vida de um indivíduo.
<b>Micro Indutores de Stress</b>	Pequenos acontecimentos do dia-a-dia que cumulativamente são perturbadores e induzem stress; Exemplos: vizinhos incomodativos, conversas inevitáveis com amigo maçador, circular diariamente de automóvel em zonas de muito trânsito que representam perda de tempo
<b>Macro Indutores de Stress</b>	Tem a ver com as condições que o sistema socioeconómico impõe ao indivíduo; São acontecimentos que não afectam ninguém em especial mas atingem as pessoas na globalidade; Exemplos: prevalência grande de desemprego, taxa alta de inflação, impostos demasiado elevados, campanhas de vacinação deficiente.
<b>Acontecimentos desejados que não ocorrem</b>	Representam um desejo que tarda a concretizar-se; Exemplos: as pazes com um familiar que nunca mais surgem, dificuldade em gravidar.
<b>Traumas ocorridos no Estádio de Desenvolvimento</b>	As circunstâncias perturbadoras têm maior ou menor impacto consoante o estágio de desenvolvimento; Acontecimentos traumáticos na infância podem ter consequências na vida adulta.

Fonte: Adaptado de Vaz-Serra (2002). O stress na vida de todos os dias. 2ª ed. Coimbra : Gráfica Coimbra: p. 44-46.

A *vulnerabilidade ao stress* define-se como sendo o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição individual e os “activos e passivos” da vida corrente, que ajudam a amplificar ou a reduzir o impacto do acontecimento, Doherenwend (1998) cit. in Vaz-Serra (2000, p.270).

A ineficácia das estratégias para ultrapassar as dificuldades, acentua no indivíduo a percepção de não ter controlo sobre a ocorrência. Contudo a vulnerabilidade aumenta ou diminui em função de outros factores, nomeadamente uma boa rede de apoio social, funcionando como factor atenuante ou impeditivo do aparecimento de transtornos psicopatológicos, outros factores que poderão igualmente atenuar os efeitos do stress são as características da personalidade, a prática de exercício físico e uma dieta equilibrada (Vaz-Serra, 2000).

Os factores que predispoem a uma maior vulnerabilidade podem ser de natureza física, psicológica e social. Factores de natureza física dizem respeito à dotação genética de cada indivíduo, que determinará o modo como cada um reage perante os acontecimentos aversivos, em termos de rapidez de resposta e em termos de regresso à normalidade. Factores de natureza psicológica prendem-se com a forma como o indivíduo percebe o mundo que o rodeia, sendo que esta percepção é condicionada pelas circunstâncias ocorridas ao longo do desenvolvimento pessoal, incluem-se a personalidade e os esquemas mentais. Por último, no âmbito dos factores de natureza social, o estatuto socioeconómico constitui um factor muito importante de vulnerabilidade

para doenças psiquiátricas, sendo nos estratos sociais mais desfavorecidos que os transtornos psiquiátricos são mais sentidos, uma vez que nestes meios ambientes existe maior número de condições de vida adversas (Kohn, Dohrenwend e Mirotznick, 1998 cit. in Vaz-Serra, 2000).

Todavia é manifesto que os factores que determinam a predisposição dos diversos indivíduos para o *stress* são variados: a personalidade, a auto-estima, o apoio social, a resistência física, as capacidades de lidar com ele (coping) são alguns de entre muitos factores (Ramos e Carvalho, 2008).

“A personalidade deve ser considerada parte integrante dos recursos pessoais do indivíduo. Certos traços de personalidade têm sido reconhecidos como mediadores importantes do *stress* (Vaz-Serra, 2002, p. 396) ” e relaciona-se com a maneira de ser habitual do indivíduo e é considerada uma estrutura estável que influencia a forma como o ser humano reage perante as ocorrências da vida.

Cada indivíduo comporta-se, pensa e sente de forma única, e ao conjunto de padrões de compreender, pensar, sentir e comportar-se de forma relativamente constante e duradoura, chama-se personalidade (Sena, 2002). Esta “representa as características das pessoas que contribuem para padrões relativamente consistentes de pensamentos, sentimentos e comportamentos, características que se relacionam umas com as outras para formar um indivíduo único e distinto dos demais” (Pervin & John, 2001 cit. in Novo, 2002, p.140).

A personalidade de cada indivíduo caracteriza-se pela especificidade de ser única em cada um, além de ser resultante da sua história pessoal (Sena, 2002), por isso determina as adaptações do indivíduo ao meio ambiente, de acordo com as suas características e as suas formas de comportamento (Gameira, s.d cit in Sena, 2002).

É frequente considerar-se que alguém tem uma personalidade forte, contudo não existem personalidades fortes ou fracas, o que por vezes surge, é que determinada pessoa tem uma personalidade mais marcante, por ter traços mais visíveis e notórios do que outros (Sena, 2002), ou seja “uma pessoa pode ter o traço dominante de ansiedade, outra o da extroversão e outra ainda estes mesmos traços em graus intermédios” (Pinto, 2007, p.283). Um traço refere-se às consistências do comportamento (Eysenck, 1970, cit. in Pinto, 2007).

O Modelo de Hans Eysenck propôs um modelo hierárquico baseado em três dimensões: extroversão/introversão, neuroticismo/estabilidade e psicoticismo (Pinto, 2007). O Neuroticismo possibilita a quantificação do contínuo que vai desde a adaptação à instabilidade emocional; extroversão, avalia a quantidade e a intensidade das interações interpessoais, a sociabilidade, o nível de actividade, a necessidade de



estimulação e a capacidade de exprimir alegria, e *abertura à experiência* - avalia a capacidade que o indivíduo tem em ser tolerante, em explorar situações novas que não lhes são familiares, em realizar uma procura proactiva e em efectuar uma apreciação da experiência, Gonçalves, Simões, Almeida e Machado (2003), Chamarro-Premuzic e Furnham (2003), Chamarro-Premuzic, Moutafi e Furnham (2005) cit in Ferreira e Alves (2011).

Para além da personalidade, também quanto mais forte e abrangente for o autoconceito, maior capacidade o indivíduo terá para lidar com as situações stressantes e melhor apetrechado estará para lidar com as dificuldades e adversidades do dia-dia (Melo, 2008).

No parecer de Vaz-Serra (1986, p.57) o autoconceito define-se como “a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica. O autoconceito é um constructo integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo independentemente das influências do meio ambiente.

A nível individual o autoconceito desempenha um papel de grande relevo. A ele se ligam motivos, necessidades, atitudes, personalidade e, de uma forma muito concreta, a relação que o ser humano estabelece com o meio ambiente. Tem por isso um significado considerável tanto na vida quotidiana de qualquer pessoa, como, mais especificamente, nas manifestações inadequadas do comportamento. Deste modo o autoconceito do indivíduo e as estratégias de coping que usualmente utiliza na resolução dos problemas têm grande importância não só em relação à percepção que tem do mundo à sua volta como no êxito e fracasso que obtém para enfrentar as situações stressantes (Vaz-Serra & Pocinho, 2001).

Para Teixeira e Giacomini (2002) há diferenças conceituais entre autoconceito, auto-estima e auto-eficácia. A auto-estima é um constructo que se refere à avaliação que o indivíduo faz de si mesmo (em termos de gostar ou sentir-se satisfeito consigo). A auto-eficácia representa o julgamento que uma pessoa tem da sua capacidade de planear e executar tarefas específicas em uma situação determinada. O autoconceito está relacionado à ideia de uma autodescrição mais ampla, que inclui aspectos comportamentais (o que a pessoa faz ou é capaz de fazer), cognitivos (como ela se descreve) e afectivos (como se sente a seu respeito). Assim, a auto-eficácia, e a auto-estima, são constructos mais restritos e mais específicos que o autoconceito. O autoconceito incorpora além de crenças percebidas sobre a competência individual em situações específicas, crenças de valor sobre si mesmo, sendo uma avaliação mais global e menos dependente do contexto do que a auto-eficácia.

Porém, a auto-estima é a faceta mais importante do autoconceito. É, a parte afectiva do autoconceito, em que a pessoa faz julgamentos de si próprio, em que liga sentimentos de bom e de mau, aos diferentes dados da sua própria identidade (Vaz-Serra, 1986).

Vaz-Serra (2002, p. 48) aponta estratégias possíveis de serem utilizadas para melhorar a auto-estima de alguém como sejam: Compreender (porque é que o próprio e os outros se comportam de determinada maneira), aceitar (conhecer os factos, a seu respeito e a respeito das outras pessoas, de uma forma neutra e desprendida de juízos de valor) e perdoar o passado (desenvolver uma atitude de respeito pelo presente e pelo futuro); Corrigir comportamentos utilizando a auto-imagem ideal; Saber criar objectivos na vida”.

Sendo que “o sentir-se eficaz e competente na percepção de si próprio é, assim, uma condição necessária para um bom funcionamento pessoal e para a resolução de tarefas (Vaz-Serra, 1986, p. 64). Por sua vez os próprios elos sociais podem também prover um apoio específico para que o indivíduo se envolva em comportamentos que ajudam a promover a saúde em geral (Vaz-Serra, 2002, p. 145).”

Neste âmbito, Vaz-Serra e Pocinho (2001, p.16) referem que “há uma correlação positiva e altamente significativa entre o autoconceito e as estratégias de coping”. Salientam, ainda que “os indivíduos com um bom autoconceito tendem a resolver melhor os seus problemas”. Referem ainda, que “um bom autoconceito e estratégias de coping adequadas são preditoras de uma boa saúde mental”.

Também Santos (2006), referenciando Compas (1987) é de opinião que as estratégias de *coping* adoptadas pela pessoa para lidar com as situações de *stress* são influenciadas por alguns aspectos como o auto-conceito, auto-eficácia, auto controlo, auto percepções entre outros. Na opinião de Dell’ Aglio (2003) o objectivo do coping constitui-se na intenção de uma resposta de coping, geralmente orientada para a redução do *stress*.

Por outro lado, Vaz-Serra (2002, p. 372) assinala que *“o impacto que determinada situação de stress tem sobre o indivíduo depende não só das estratégias de coping utilizadas como também dos recursos pessoais e sociais de que pode dispor”*, salientando que *“os indivíduos que recebem um maior apoio social no decurso de circunstâncias indutoras de stress podem tornar-se menos propensos a se envolverem em comportamentos prejudiciais para a saúde”* (Vaz-Serra, 2002, p. 145).

A investigação de Blake e Lincoln (2000) sobre o nível de *stress* numa amostra de 222 cuidadores, mostrou que 37% patenteavam níveis de *stress* significativos. Estes estavam fortemente correlacionados com a afectividade negativa, com a

disposição/estado de espírito e as percepções do cuidador relativamente à independência do doente nas actividades da vida quotidiana.

Também Jones, Charlesworth e Hendra (2000) verificam que o *stress* do cuidador e os níveis de depressão dos doentes estão relacionados com a gravidade/severidade da incapacidade decorrente do AVC.

Resumindo, poder-se-á considerar que gravidade/severidade da incapacidade decorrente do AVC, a afectividade negativa associada ao estado de espírito/disposição e as percepções do cuidador relativamente à independência do doente nas actividades de vida diária se assumem como determinantes da vulnerabilidade ao *stress*, assumindo-se como cenário propício para ocorrência de manifestações de *stress* no cuidador e família.

Aludimos por último ao *stress* na família e parafraseando Hill (1958) cit. in Vaz-Serra (2002, p. 542) considera-se que uma *“situação indutora de stress familiar é toda aquela situação que seja nova, para a qual a família não está preparada e constitui, por isso, um problema”*. Acrescenta ainda que um acontecimento indutor de *stress* é susceptível de ocasionar modificações no sistema familiar, nas suas fronteiras, nos modos de interacção, nos seus valores e finalidades.

A teoria de *stress* familiar referenciada por Vaz-Serra (2002, p. 543, 544) tendo por base os postulados de Hill (1958), sustenta o modelo designado por **ABC-X**. “O **A** representa o *acontecimento indutor de stress*. O **B** significa os *recursos* que a família possui e que lhe permitem uma maior ou menor funcionalidade. O **C** é *significado* específico que esse acontecimento tem para essa família. O **X** traduz a produção da crise. Por outras palavras, *se o acontecimento é grave, se a família tem poucos recursos e se percebe a circunstância como ameaçadora, então entra em crise*”.

Contudo, o *Suporte Familiar*, especificamente visitas frequentes por outros membros da família e a presença de um forte suporte social correspondem a baixos níveis de sobrecarga nos cuidadores informais como referem os estudos realizados por Zarit, Reeve e Bach; Dunkin e Anderson cit. in Parks e Novielli (2000).

Então a “família precisa de saber desdramatizar e encontrar soluções alternativas para os seus problemas, para que estes não fiquem por resolver. Deve ter flexibilidade suficiente para se dispor à mudança, quando tal é necessário...Uma família que na sua estrutura e funcionamento se sai bem é, seguramente, um apoio forte que ajuda os seus elementos a sentirem-se seguros e mais saudáveis” (Vaz-Serra, 2002, p. 568,569).

### **Apoio Social em Cuidadores Informais**

Os estudos sugerem que a resolução de problemas sociais influencia positivamente o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores familiares (Grant, Elliot, Giger & Bartolucci, 2001). Apontam que é possível perceber a preservação da saúde

mental do cuidador familiar, através de experiências nas quais o mesmo se sente amparado, ao contar com apoio e em condições favoráveis para dar continuidade ao seu plano de vida, mediante a liberdade restabelecida (Angelo & Bocchi, 2008). Desta forma, proporcionar a estes “super-heróis” apoio e contentamento, para que se sintam valorizados e assistidos de forma digna, possibilitando que se percebam não como meros cuidadores, vivendo no anonimato, num domicílio qualquer, mas que existem pessoas envolvidas nesse processo, dispostas e capazes de ajudá-los (Cattani & Perlini, 2004).

Os países de todo o mundo desenvolvido têm introduzido políticas de cuidados comunitários para pessoas mais idosas, de forma a reduzir os custos do estado e a manter a qualidade de vida. Na realidade, os cuidados comunitários são, muitas vezes sinónimo de cuidados familiares e o reconhecimento da necessidade de apoiar os cuidadores familiares através de parceria com os cuidadores profissionais. Tais parcerias exigem uma maior compreensão de como as necessidades dos cuidadores mudam ao longo do tempo e de como o apoio profissional pode ser mais eficiente. O apoio é particularmente pertinente no início da prestação de cuidados de forma que os prestadores de cuidados possam exercer a escolha livre e serem adequadamente preparados para o seu papel (Brereton & Nolan, 2000).

O apoio social a sobreviventes de AVC e seus cuidadores tem mostrado promover resultados positivos no que diz respeito à saúde (Mant, Carter, Wade & Winner, 2000, Suurmeijer et al., 2001). Vaz-Serra (2002, p.118) salienta ainda existir “quantidade substancial de investigação que comprova a influência que o acesso a um apoio social de qualidade pode ter na saúde física e mental do indivíduo”.

Nesta linha, citamos uma revisão sistemática da literatura levada a cabo de 1970 até 2000 por Bhogal, Teasell, Foley e Speechley (2003) para destacar os aspectos que afectam os sobreviventes de trombose e as suas famílias na integração na comunidade. As áreas de interesse foram o apoio social, a sobrecarga do cuidador, a depressão, as interações familiares, a intervenção educativa na família, actividades sociais e de lazer após a doença e terapia de lazer. Os investigadores verificaram a existência de evidências que um melhor apoio social como intervenção, melhora os resultados e que uma abordagem educacional-aconselhadora activa tem um impacto positivo no funcionamento da família após a ocorrência da doença.

A presença de apoio social ou de uma rede de recursos sociais, está associada, à presença de indicadores de saúde mental e física dos indivíduos. A ajuda social pode ser oferecida informalmente, pelos familiares, ou pelos amigos, e fortemente, pelos serviços sociais ou por associações de solidariedade e grupos de ajuda (Simões, 2002).

Nesta perspectiva o apoio social assume-se como “um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência (Martins, 2005, p.128) ”.

Contudo Kiecolt-Glaser (1991) cit in Vaz-Serra (2002, p.118) alertam que “a simples presença de outras pessoas não significa ter acesso, necessariamente, a apoio social”, realçando Vaz-Serra (2002, p.118), que de acordo com certos tipos de relacionamento, estes podem ter efeitos desgastantes e que não só são passíveis de criar em si próprios uma fonte de *stress* como são capazes de impedir o acesso a outras pessoas que possam dar o auxílio de que se carece, pelo que o suporte de apoio deve ser avaliado.

O apoio social é uma meta-constructo onde se enquadram três constructos diferentes, (Hobfoll e Vaux, 1993 cit in Vaz-Serra, 2002, p. 119-120):

**Recursos da rede social** - Engloba as relações sociais disponíveis e que podem ser objectivamente chamadas a prestar ajuda em caso de necessidade e que oferecem uma ligação estável num grupo social. A família, amigos, colegas de trabalho e conhecidos constituem uma determinada rede social e se esta for percebida como uma rede social forte, dará auxílio quando atravessam necessidades ou passam por acontecimentos dramáticos, sentindo de forma menos intensa as situações de *stress*.

Arriscamos assim dizer que rede social é uma estrutura democrática, participativa, aberta e presencial que une indivíduos e/ou organizações em torno de valores e objectivos partilhados, sem que as partes percam autonomia e identidade (Kuriki, Toyama & Pluciennik, 2004).

Os indivíduos com recursos pessoais mais fortes, “ têm maior facilidade em obter apoio social de uma rede social e de activar e utilizar com êxito o apoio recebido dos outros. As pessoas a quem faltam recursos estão mais predispostas a perdas e, ao contrário do que seria desejável, têm um acesso menor e procuram menos apoio social (House, 1981, cit in Vaz-Serra, 2002).

**Comportamento de apoio** – Consiste na troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos: o receptor e o dador. O dador pode ser um ou mais do que um indivíduo ou ainda uma instituição. A troca tem como objectivo aumentar o bem-estar do receptor.

“Uma pessoa fica *carente de apoio social* quando perde os seus recursos, ou os seus recursos são ameaçados de perda, ou são investidos sem consumação de ganhos consequentes (Hobfoll & Vaux, 1993, cit in Vaz-Serra, 2002, p. 122) ”.

O comportamento do apoio social pode ser influenciado ou distorcido pela Avaliação Subjectiva de Apoio. Esta está relacionada com que o indivíduo percepção e ao significado que atribui ao auxílio prestado por alguém. A personalidade é uma variável que pode influenciar a utilização do apoio social, um indivíduo extrovertido e com boas

aptidões sociais, que cria amigos com facilidade, tem uma acessão mais fácil ao apoio social quando necessita, do que outro que não tenha este espírito,

O apoio social, quando prestado, desempenha de acordo com Weiss, 1974 cit in Vaz-Serra, 2002, p. 128, seis tipos de funções: “ (1) – Estabelece elos afectivos que propiciam um relacionamento mais íntimo e dão à pessoa uma maior segurança; (2) – Contribui para a integração social do indivíduo, na medida em que este sente que pertence a um grupo de pessoas com interesses e preocupações semelhantes; (3) – Favorece o reconhecimento o reconhecimento do valor e da competência do indivíduo; (4) – Institui a possibilidade de dar e de receber conselhos e informações orientadoras; (5) – Ajuda a fomentar uma relação de confiança nas expectativas de ajuda, de modo que o ser humano passa a esperar ser assistido incondicionalmente em alturas de necessidades; (6) – Cria a oportunidade ao ser humano de prover cuidados a outras pessoas, o que leva a sentir-se útil e necessário para o bem-estar de terceiros”.

Vaz-Serra (2002, p. 134-145) sintetiza os tipos de apoio social em afectivo, emocional, perceptivo, informativo, instrumental e de convívio social (cf. Quadro 3).

### Quadro 3 - Tipos de Apoio Social

• <b>Apoio afectivo:</b> leva a que uma pessoa se sinta estimada e aceite pelas outras apesar dos seus defeitos, erros ou limitações.
• <b>Apoio emocional:</b> representado pelos sentimentos de apoio ou segurança que um indivíduo pode receber.
• <b>Apoio perceptivo:</b> propicia que um indivíduo reconstitua e faça uma avaliação mais correcta do seu problema, lhe dê outro significado e estabeleça objectivos mais realistas.
• <b>Apoio informativo:</b> exemplificado pelas informações e conselhos respeitantes às tomadas de decisão.
• <b>Apoio instrumental:</b> consiste na ajuda concreta que um indivíduo recebe, em termos materiais ou de serviços, que resolve determinado tipo de problema. Este tipo de apoio só é útil, se o que se dá ou se empresta for suficiente ou estiver em boas condições. Na prestação de serviços esta só é útil se for realizada com competência.
• <b>Apoio de convívio social:</b> leva uma pessoa a ter, junto de outras, actividades de lazer ou culturais, que não só a distraem como a podem aliviar das tensões acumuladas no dia-a-dia e a fazem sentir não isolada e parte integrante de uma determinada rede social.

Fonte: Vaz-Serra (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p.134

Relativamente aos tipos de apoio social (Vaz Serra, 2002), refere que todos são úteis, contudo alguns são de maior utilidade e aportam mais benefícios para a saúde e bem-estar do indivíduo (cf. Quadro 4 e 5).

### Quadro 4 - Os Tipos de Apoio Social de Maior Utilidade

<b>Todos os tipos de apoio social são úteis</b>
• Contudo há alguns que são mais úteis do que outros em função do grau de controlabilidade da circunstância indutora do stress.
• Quando a <i>situação é controlável</i> os melhores apoios que a pessoa pode receber são o instrumental e o informativo, que ajudam a resolver o problema de uma forma definitiva. Neste caso o apoio afectivo pode ser igualmente útil para manter a capacidade de luta do indivíduo.
• Quando a <i>situação é incontrolável</i> o apoio afectivo é o único possível porque, nessas circunstâncias, pouco mais se pode fazer do que ajudar o ser humano a lidar com as emoções negativas que entretanto desenvolve.
• O apoio perceptivo, que leva o indivíduo a reformular o seu problema num contexto diferente, é útil para corrigir a distorção da realidade e, por isso, é largamente utilizado em intervenções psicoterapêuticas.

Fonte: Vaz-Serra (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p.142

### Quadro 5 - Benefícios do Apoio Social

<b>O apoio social promove a saúde e o bem-estar do indivíduo.</b>
• As relações sociais significativas reduzem o isolamento e aumentam a satisfação de viver por parte das pessoas, pois indicam-lhes que são apreciadas e estimadas.
• O indivíduo pode receber um fluxo grande de afecto por parte dos familiares, nomeadamente: informação, conselhos e assistência em situações concretas, tais como facilidades de transporte, auxílio económico e cuidados na doença.
• O apoio social pode constituir um factor atenuante das condições agressivas do meio ambiente sobre o indivíduo

Fonte: Vaz-Serra (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p.145

Grant et al., (2006) inferiram num estudo realizado nos Estados Unidos com 52 familiares de sobreviventes de AVC, cujo objectivo era determinar as contribuições do apoio social e as capacidades de resolução de problemas sociais na previsão do ajustamento de cuidadores familiares de sobreviventes de trombose, que o apoio social e a componente emocional da resolução de problemas sociais, e a orientação dos problemas, contribuíam de forma independente para o ajustamento do cuidador. A análise da trajectória indicou que níveis mais elevados de apoio social foram associados a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva nos cuidadores e níveis mais elevados de bem-estar e saúde geral, inferindo os autores que as intervenções que providenciam apoio social e que ajudem os cuidadores a desenvolverem capacidades mais adaptativas de resolução de problemas são benéficas.

Num estudo efectuado no serviço de Neurocirurgia do Hospital de São João, EPE no Porto cujo objectivo era avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais e o efeito do apoio social nesta variável em 63 doentes e seus cuidadores foi constatado que a sobrecarga dos cuidadores informais está estatisticamente relacionada com as incapacidades dos doentes e com as incapacidades de apoio domiciliário e de ajudas técnicas, (Costa, Costa, Barata, Marques & Vaz, 2007).

Da mesma forma Van den Heuvel et al., (2002) apoiados na teoria de gestão de *stress* de Lazarus e Folkman desenvolveram dois projectos de intervenção: um programa de apoio em grupo e visitas domiciliárias individuais. Ambos os projectos tinham como objectivo um aumento na capacidade activa dos cuidadores lidarem com a situação e terem maior conhecimento sobre a mesma, a redução da depressão do cuidador e o melhoramento do bem-estar e do apoio social. Os cuidadores foram entrevistados antes de serem integrados no programa e um e seis meses após concluírem o programa. Após seis meses, 100 participantes permaneceram no programa de grupo, 49 no programa de visitas domiciliárias e 38 no grupo de controlo. A longo prazo, as intervenções (o programa de grupo e as visitas domiciliárias em conjunto) contribuíram para um aumento pequeno a médio na confiança relativa ao conhecimento e no uso de uma estratégia activa de gestão. A quantidade de apoio social permaneceu estável nos grupos de

intervenção, enquanto decresceu no grupo de controlo. Os mesmos resultados foram descobertos apenas quando o programa de grupo foi comparado com o grupo de controlo. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre o grupo de visitas domiciliárias e os participantes do programa de apoio em grupo. As cuidadoras jovens foram quem mais beneficiou dos programas de intervenção. Elas demonstram maiores ganhos na confiança e no conhecimento no que respeita aos cuidados aos doentes e na quantidade de apoio social recebido, quando comparadas com outros cuidadores.

A terapia social de resolução de problemas pode ser eficientemente fornecida aos cuidadores através do telefone. A aferir este axioma temos o estudo de Grant, Elliot, Weaver e Giger (2002), desenvolvido com o intento de quantificar o impacto de parcerias sociais telefónicas de resolução de problemas nos resultados dos cuidadores primários após a alta dos sobreviventes de AVC de uma unidade de reabilitação. Setenta e quatro doentes com o diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico e os seus cuidadores primários foram incluídos no estudo. A intervenção consistiu de uma visita domiciliária inicial com três horas de duração entre uma enfermeira especialista e o cuidador familiar primário, uma semana após a alta clínica para iniciar o programa de treino de capacidade de resolução de problemas. Esta sessão inicial foi seguida de contactos telefónicos semanais durante o primeiro mês e bissemanais durante o segundo e terceiro meses. Comparado com a intervenção simulada e os grupos de controlo, os cuidadores familiares que participaram no grupo de intervenção das parcerias telefónicas de resolução de problemas, demonstraram maior capacidade de resolução de problemas; maior preparação na prestação de cuidados; menos depressão e melhorias significativas na medição da vitalidade, funcionamento social, saúde mental, e limitações de papéis no que respeita aos problemas emocionais. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos na sobrecarga do cuidador. A satisfação respeitante aos serviços de prestação de cuidados de saúde decresceu ao longo do tempo no grupo de controlo, enquanto permaneceu comparável no grupo de intervenção e no grupo de intervenção simulada.

Assim sendo, na prestação de cuidados em casa, o cuidador necessita de apoio familiar e social para lidar com acontecimentos desgastantes da vida e ajudá-los a crescer e a evoluir à medida que vão avançando pelas várias fases de transição de doença do idoso dependente.

A Oeste da Escócia, numa investigação conduzida por Kerr e Smith (2001) através de uma entrevista semiestruturada, concluíram que em 22 cuidadores informais de doentes vítimas de AVC após um ano da ocorrência da trombose que o peso físico e emocional associado à prestação de cuidados era enorme. E ainda denotaram que a ajuda e apoio prestado pelos serviços sociais e de saúde foi, frequentemente,



inadequado, inapropriado e insuficiente para as necessidades individuais. Foram observadas poucas evidências de uma ligação próxima entre cuidadores primários e secundários. No final da investigação os pesquisadores outorgaram duas mensagens clínicas importantes: Os serviços para os cuidadores informais de doentes vítimas de trombose são frequentemente inadequados, desapropriados e fracamente delineados para as necessidades individuais; Um factor central para o fornecimento de apoio efectivo é o envolvimento dos cuidadores no desenvolvimento dos serviços.

Tang e Chen (2002) num dos seus estudos em 134 cuidadores deram relevo ao apoio social. Os resultados do estudo indicaram que, em geral, os cuidadores eram cônjuges do sexo feminino (média de idades de 52 anos, período médio de prestação de cuidados de 24 meses) e que o apoio social do cuidador e o estado funcional do receptor de cuidados tiveram contribuições significativas na explicação da promoção de comportamentos para a saúde do cuidador.

Também Sit, Wong, Clinton, Li e Fong (2004) num estudo em que o objectivo era examinar aspectos do apoio social disponível para os cuidadores durante o primeiro período de transição de 12 semanas após a alta hospitalar numa amostra de 102 doentes, confirmaram que a prestação de cuidados domésticos a vítimas de AVC é pesada e exigente. Tarefas relacionadas com as questões de saúde foram tidas como mais stressantes. Os cuidadores relataram sintomas somáticos. Estes, incluíram redução da força física, dor de cabeça, perda de apetite, dores musculares, falta de ar, e desconforto gástrico. Cerca de 40% dos participantes referiram terem ido ao médico nas 4 semanas anteriores.

As descobertas deste estudo atestam que o apoio social tem um impacto positivo na saúde dos cuidadores. A disponibilidade do apoio tangível /palpável e do companheirismo/ camaradagem social foram identificadas como factores importantes relativamente à saúde psicossocial do prestador de cuidados. O estudo mostrou também que os prestadores de cuidados familiares que viviam apenas com o sobrevivente de AVC usufruíam de um apoio tangível/palpável e de companheirismo/camaradagem social pobres. Também Ethgen et al., (2001) realçaram que o companheirismo/camaradagem social tem efeitos positivos na saúde psicossocial.

O estudo levado a efeito por O'Connell e Baker (2004) que envolveu entrevistas aos prestadores de cuidados, de forma a determinar as suas perspectivas relativamente às necessidades de apoio e de educação necessárias e às estratégias de gestão por eles usadas, revelou que os cuidadores sentiram incerteza considerável em relação ao seu papel com cuidadores e em relação ao seu futuro e que eles adoptaram. Usaram várias estratégias de gestão, incluindo o facto de se tentarem manter positivos/optimistas, de se adaptarem à mudança, de comparar a sua situação com a situação de outras pessoas

em piores circunstâncias, de mudarem a sua situação laboral, de recorrerem ao humor, de se centrarem noutros aspectos e de recorrerem ao apoio da família.

No referente à tipologia de cuidados prestados pelos cuidadores, Jullmate, Azeredo, Paul e Subgranon, (2006b) salientam como principais as actividades de reabilitação biológica, psicológica e social. A reabilitação biológica foi a dimensão levada a cabo com mais frequência pelos cuidadores. Os autores concluíram, que os cuidadores informais tinham sempre em mente todas as actividades, providenciando, desta forma, uma abordagem holística na reabilitação informal.

Brashler (2006) manifesta que apesar dos familiares das vítimas de trombose/AVC fornecerem cuidados valiosos aos seus entes queridos, sacrificando frequentemente os seus próprios objectivos de vida e, por vezes, a sua saúde, são frequentemente encarados pelos profissionais de saúde como exasperantes.

Neri e Carvalho (2002) aduzem alguns tipos de apoio e actividades relacionadas ofertados aos idosos com grande dependência como sejam: Material (Prover dinheiro e outros recursos objectivos que mantêm, aprimoram as condições ou facilitam a vida dos idosos); Instrumental (Realizar ajuda directa nas actividades de vida diária (AVD) e nas actividades instrumentais de vida diária -AIVD); Socio-emocional (Fazer companhia, visitar, conversar, ouvir, confirmar, aconselhar e consolar); Cognitivo-informativo (Explicar, ajudar a tomar decisões, decidir por); Actividades básicas de autocuidado que ocorrem dentro de casa (Alimentação, tolete, banho, vestir, arranjar, dar terapêutica, fazer exercícios, fazer fisioterapia); Actividades básicas de autocuidado que ocorrem fora de casa (Ir ao médico e a laboratórios para análises clínicas, ir à igreja); Apoio instrumental para a realização das actividades de manejo de vida prática dentro de casa (Cozinhar, lavar/passar roupa, arrumar a casa); Actividade de lazer (dentro e fora de casa) (Levar para passear, fazer visitas).

Em epítome os estudos sugerem que o apoio familiar e social influencia positivamente o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores informais. Todavia é necessário uma avaliação para assegurar se o apoio prestado está a providenciar/fornecer um serviço eficiente em termos de promoção de comportamentos para a saúde do cuidador e surgem como estratégia protectora da saúde física e mental dos cuidadores informais. Mas também a sobrecarga do cuidador, a depressão e o apoio são factores preditores da depressão pós trombose nos doentes. Esta conjectura foi verificada através do estudo de Suh et al., (2005) em que foram obtidos dados transversais através de uma pesquisa/inquérito epidemiológico a 225 sobreviventes de trombose e seus cuidadores, residentes em Seul, Coreia.

## 2. FAMÍLIAS CUIDADORAS

A família “representa a principal instituição balizadora das relações sociais, da construção da identidade pessoal, bem como espaço de solidariedade e reprodução material e ideológica (Vasconcelos, 2002, p. 263)”. Em consonância a família continua a ser um alfofre de laços familiares entre os seus membros e de aliança entre as gerações, ainda que de natureza diferente de um passado pouco recuado (Leandro, 2001, p. 301) ”.

Neste começo do século XXI, sendo bastante diferente da do passado, revela ser do que há de mais mutante e de mais estável, em função da valorização que lhe é atribuída, em contraponto com as incertezas e as inseguranças que vivem a nível da sociedade. Por outro lado, este investimento da família na vida privada não pode ser desligado da individualização que está no cerne do processo de racionalização das sociedades da modernidade avançada (Leandro, 2003, p.68).

Para além de se entender a família como uma união de pessoas que decidem viver juntas por razões afectivas e com um projeto de vida, assume também responsabilidades que incluem o respeito e o cuidado para com o outro (Molina, 2005). Consequentemente o funcionamento da família está relacionado com a saúde da família (Duarte & Diogo, 2005).

É de acentuar o que a Resolução do Conselho de Ministros de Portugal (2004, p. 2246/2247) narra sobre família e saúde o seguinte: “A família desempenha um papel indiscutível e essencial na defesa e promoção do bem-estar dos seus membros, assim como também constitui um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial no que se refere às doenças crónicas ou incapacitantes. Por isso, para além da promoção de hábitos de prevenção e que fomentem estilos de vida saudáveis, é importante também criar e desenvolver condições que proporcionem o acompanhamento próximo das famílias junto dos seus membros e a humanização dos cuidados de saúde”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (2006, p.171), define família como um“ (...) grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como um a unidade social ou um todo colectivo, composto por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.”

Os cuidados desenvolvidos pela família têm o objectivo de preservar a vida dos seus membros para alcançar o desenvolvimento pleno de suas potencialidades, de

acordo com as suas próprias potencialidades e as condições do meio onde ela vive (Elsen, Marcon & Santos, 2002).

Actualmente o domicílio é considerado como um espaço em que as pessoas portadoras de doenças crónicas podem viver com qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, constatando-se que a experiência de cuidar de um doente em casa se tem tornado cada vez mais frequente no quotidiano das famílias (Perlini & Faro, 2005). Os estudos epidemiológicos que abordam o cuidar/cuidado domiciliário indicam mesmo que cuidar de doentes em casa não só, é uma tendência assumindo-se antes como uma realidade (Perlini e & Faro, 2005).

A família é por isso considerada na maioria das vezes, como a primeira e a mais estável unidade de saúde para os seus membros (Pedro & Marcon, 2007). De acordo com esta tendência, as políticas voltadas para o idoso defendem que o domicílio constitui o melhor local para se envelhecer, representando a família a possibilidade de garantir a autonomia e preservar a sua identidade e dignidade bem como viver com boa qualidade de vida e em face da existência de doença o idoso manter a sua estabilidade familiar (Cattani e Perlini, 2004).

Perfilhando a mesma reflexão Neman e Souza (2003) referem que não se pode demarcar a doença do seu contexto familiar por ser um elemento tão insubstituível. A família deve ser compreendida como uma cúmplice da equipa de saúde, actuando como recurso na promoção de conforto, recuperação da confiança sendo deste modo um investimento na recuperação do doente.

Defendendo idêntica importância Holmqvist, Von Koch e Pedro-Cuesta (2000) asseguram que a alta clínica apoiada e antecipada, com a continuação da reabilitação mas em contexto doméstico, utilizando actividades funcionais com objectivos pré-estabelecidos tendo por base os interesses pessoais do doente, deve ser o serviço de reabilitação de eleição para doentes vítimas de AVC moderadamente incapacitados, desde que a contínua avaliação durante o primeiro ano após a ocorrência da doença não revele grandes mudanças nos resultados ou no uso de recursos.

A família cumpre um papel importante no fornecimento do cuidado informal para os seus membros. Reconhece-se actualmente que ela está no centro das funções do cuidado, pois uma grande parte dos cuidados ocorre no lar. A vida quotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família. O cuidado familiar constitui assim, o alicerce do cuidado comunitário (Serapioni, 2005).

De entre as alterações que conduzem o idoso à dependência destacam-se aquelas relacionadas com a doença crónica, cujas características geram situações que necessitam da presença de outrem por longos períodos, sendo nestas circunstâncias, a

família a principal fonte de cuidados. É desta forma que os membros da família arrogam o papel de cuidadores por terem uma responsabilidade culturalmente assumida ou definida por vínculo afectivo (Cattani & Perlini, 2004).

E cada vez mais a prática de cuidar de alguém acometido por AVC em casa se torna frequente. Até porque nos hospitais a política de estímulo à alta dos doentes o mais cedo possível impõe um desafio constante aos enfermeiros o de preparar doentes e famílias para reorganizarem a vida nos seus domicílios de modo que possam assumir os cuidados próprios ou de familiares em poucos dias, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer, pois a fase final da recuperação irá dar-se no domicílio (Perlini & Faro, 2005).

Nesta perspectiva, a família constitui uma unidade de cuidados de saúde. Isto porque, apesar de um hospital oferecer segurança e recursos, principalmente em casos de longo tratamento, o doente sente a falta de um vínculo de referência afectiva e de aconchego a sua casa, Schwonke, Silva, Casalinho, Santos e Vieira (2008).

Já Florence Nightingale ao referir-se à saúde como um estilo de vida afirmou em 1863 o seguinte: “cresce a convicção de que em todos os hospitais, por melhor que seja a sua administração perdem-se mais vidas que poderiam ser poupadas; e que, via de regra, o pobre que recebesse boa assistência médica, cirúrgica e de enfermagem se recuperaria melhor na choça miserável em que vive do que no mais refinado ambiente hospitalar (Araújo, Sampaio, Carneiro & Sena 2000, p. 117-122).

É na família que se gera o seu próprio sistema de cuidados, no qual estão reflectidos os seus saberes sobre a saúde e a doença, impregnados de valores e crenças que se vão estruturando no seu quotidiano. Desta forma a participação de cada um dos seus membros, a partir das suas próprias vivências, possibilidades e necessidades, vão desenvolvendo-se, fortalecendo-se e dinamizando-se segundo o momento histórico em que se encontram (Elsen, Marcon & Santos, 2002).

É neste o espaço onde se transmitem crenças, atitudes e comportamentos promotores (ou não) de saúde. Sendo no contexto familiar que, frequentemente, são tomadas decisões sobre as práticas de saúde, a família opera também como provedora das mesmas. É assim compreensível que se considere a família como a unidade-chave na promoção de estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, com um papel decisivo na obtenção de mais e melhor saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O processo de resolução de crises através da união familiar, na qual os enfermeiros também foram incluídos, foi demonstrado através de um estudo de Pierce, (2004) em que explorou como 9 cuidadores rurais lidaram com o modo de prestação de cuidados a pessoas vítimas de trombose e as respostas destes cuidadores a um

programa de apoio com base na Internet. É extraordinário como os prestadores de cuidados rurais se juntaram e se apoiaram uns aos outros destacam os autores.

Outro aspecto relevante da importância de cuidados informais no Sistema Nacional de Saúde Português é referenciado na Lei nº52/2005 de 31 de Agosto, p.5204 quando expressa a necessidade de “criar condições que permitam envelhecer em saúde, optando por um modelo integrado de cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, que desenvolva a coordenação e a complementaridade entre o sector social e privado e da saúde”.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (Instituto da Segurança Social, 2008) é sem dúvida um marco importante no apoio aos familiares ou prestadores informais (Instituto da Segurança Social, 2008).

Esta Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada tendo como objectivo geral *prestar cuidados continuados integrados que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência*. Os objectivos específicos passam sobretudo pelo *actuar sobre o estado de saúde dos cidadãos com perda de autonomia* (Prevenir o Agravamento), *actuar sobre a capacidade funcional* (Reabilitar e Cuidar) contribuindo desta forma para a promoção da autonomia, adaptação à incapacidade e qualidade de vida, tendo presente o *doente e família como unidade de cuidado*.

A participação e co-responsabilidade da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados é um dos princípios da rede. A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência: à dignidade; à preservação da identidade; à privacidade; à informação; à não discriminação; à integridade física e moral; ao exercício da cidadania; ao consentimento informado das intervenções efectuadas.

Neri e Sommerhald (2002, p. 12) definem redes sociais de apoio, como sendo “grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços e relação de dar e receber. Elas existem ao longo do ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária”.

A prestação dos serviços comunitários aos cuidadores informais de doentes vítimas de AVC é um bem inigualável quando satisfeitas as necessidades dos doentes e dos familiares. Daí que os investigadores também se dediquem a estudar o grau de satisfação dos cuidadores com a prestação dos serviços comunitários.

Simon, Little, Birtwistle e Kendrick (2003) construíram e validaram um questionário para medir a satisfação dos cuidadores com os serviços comunitários. A análise factorial revelou sete factores: a informação sobre o apoio comunitário e envolvendo o cuidador; a dimensão, conveniência e a coordenação de serviços; informação sobre a doença;

velocidade da mudança e preocupação em relação ao cuidador; ouvir o cuidador e ser ouvido; gestão de problemas e confiança na informação e na sua exactidão.

Assim, ao analisar os desafios vividos pelo cuidador, os profissionais de saúde poderão participar activamente da assistência ao cuidador, valorizando-o e dando-lhe suporte nos cuidados, oferecendo-lhe o saber como lidar com situações potencialmente geradoras de conflitos e tensões a fim de contribuir para a qualidade de vida do ser cuidado, cuidador e a família no domicílio (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

Laham (2003) concluiu que a rede social de apoio informal é muito importante para o exercício do papel do cuidador transmitindo-lhes segurança principalmente pelo facto da equipa de saúde ser vista como competente para dar orientação sobre a forma adequada de cuidar dos doentes.

A segurança é uma componente importante no processo de cuidar, tendo sido o problema mais frequentemente identificado pelos cuidadores/prestadores de cuidados familiares no estudo concluído de Grant et al., (2006).

Outros problemas identificados nesse estudo foram: o como lidar com as Actividades do Dia-a-Dia (ADD) e as mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais sofridas pelos sobreviventes de trombose. Cerca de metade dos cuidadores expressaram sentimentos mais positivos em relação a lidar com estes problemas na 8ª semana e a maioria expressou estes sentimentos na 12ª semana.

Low, Roderick e Payne, (2004) concluíram que quarenta e seis cuidadores informais de doentes vítimas de AVC em Londres foram apoiados pelas equipas domiciliárias especializadas em trombose e pelo hospital em ambulatório. As equipas forneceram aos cuidadores capacidades que ajudavam a melhorar a reabilitação dos doentes pós alta hospitalar. Os cuidadores beneficiaram, igualmente, dos elementos de repouso/descanso do hospital em ambulatório. Ressaltam os autores que um modelo misto, usando tanto os cuidados domiciliários como os cuidados do hospital em ambulatório, poderá dar-se aos cuidadores os benefícios de educação e repouso.

Todavia os profissionais de prestação de cuidados domiciliários e de saúde comunitária devem otimizar a qualidade dos cuidados prestados em casa, pois os cuidadores valorizam particularmente os profissionais de prestação de cuidados domiciliários que os ouvem, que sabem compreendê-los e que estão preparados para os ajudar (Simon & Kumar, 2002).

Ao contrário de serem ajudados e reconhecidos pelos profissionais, os esforços dos cuidadores passam, frequentemente, despercebidos ou são ignorados, resultando no facto de os prestadores de cuidados sentirem que estão a fazer tudo sozinhos. Daí a importância dos profissionais estarem mais conscientes acerca dos comportamentos de

busca/procura evidenciados pelos cuidadores e encorajarem activamente a formação de parcerias com membros familiares (Brereton & Nolan, 2002).

## 2.1. A FAMÍLIA COMO SUPORTE EM PERÍODO DE TRANSIÇÃO

A vida familiar em mutação, a que se nos anuncia no dealbar do século XXI, desinquieta pelos movimentos de modernização da sociedade portuguesa que ocorreram nas últimas décadas de uma forma por vezes alucinante avizinando os paradigmas demográficos e familiares dos que mais cedo se notaram noutras sociedades ocidentais. E também a melhoria geral das condições socioeconómicas e os progressos da tecnologia contribuem para o aumento da longevidade da população. Tal facto contribui para que a comunidade científica se focalize na problemática do idoso e na importância de favorecer um envelhecimento bem-sucedido, ou seja, com a saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível (Ricarte, 2009).

Doenças cujo principal factor de risco é a idade tendem a elevar a sua prevalência, um exemplo típico é o Acidente Vascular Cerebral. E ao pensar no complexo processo que envolve o cuidado/cuidar/cuidador hoje, no aumento significativo da população idosa e nas alterações familiares portuguesas, fica evidente o quão essencial e frágil pode ser o envolvimento da família nesse processo, e a importância de se identificar quem são os cuidadores familiares, bem como às qualidades a apresentar para o papel de cuidador do familiar idoso, frente à doença.

As sucessivas modificações estruturais observadas nas famílias, que se tornam cada vez mais nucleares e arrastam expressivas modificações nos papéis desempenhados pelos seus membros, dificultam a participação da família na assistência dos seus membros mais vulneráveis como sejam os idosos, o que pode contribuir para uma carência assistencial dos mais incapacitados (Duarte, 2001).

Com estas transformações nas estruturas familiares, multiplicam-se as interrogações quanto ao impacto causado pela presença de entes com limitações importantes na dinâmica de funcionamento das famílias. Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade das famílias, estas possam ter a sua capacidade assistencial diminuída e, assim, não serem capazes de prover adequadamente o atendimento sistemático para o cuidar. Por outro lado, está a tornar-se cada vez mais reconhecido e importante o papel desempenhado pelos cuidadores na manutenção dos seus familiares incapacitados e idosos na comunidade (White, Lauzon, Yaffe & Wood-Dauphinee, 2004).

Para cuidar temos de partir do acolhimento e escuta do outro que se nos apresenta como alguém que precisa de nós, com a sua história e a sua perspectiva de



tudo quanto o rodeia, a gestão de uma relação afectiva e significativa é primordial. É um estilo que parte do coração e da inteligência que podemos traduzir por técnica e humanidade, contrastando com algumas mentalidades da eficácia, que pensam que a todo custo podem comprar a saúde apenas com ciência e penicilina (Ramos, 2008, p.20).

Mas para isso é necessário compreender o processo global vivenciado pela família cuidadora no âmbito do domicílio. Surgiu assim, o interesse de pesquisar os significados atribuídos pelos cuidadores informais ao processo de cuidar de um doente, no espaço doméstico, e sua implicação no modo de vivenciar os dilemas e tensões nas experiências concretas no quotidiano das famílias.

Desta forma, como conclusão do capítulo 1, resulta a visão da família, como *um conjunto de elementos em interacção* que faz sobressair a interconectividade de todos os elementos do sistema entre si, o que equivale a dar primazia ao papel das relações interpessoais e, conseqüentemente, a transmissão das mudanças num ponto ou elemento ao resto do sistema (Gimeno, 2001).

Toda a família está sujeita a dois tipos de pressão: a interna e a externa. A primeira resulta das mudanças inerentes ao desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas. A pressão externa está relacionada com as exigências de adaptação dos mesmos às instituições sociais que sobre eles têm influência. Qualquer uma delas solicita no sistema familiar, uma transformação dos seus padrões transaccionais, para que o próprio sistema evolua sem fazer perigar a sua identidade e continuidade (Alarcão, 2006). É importante, neste processo, que os técnicos, ajudem o sistema familiar a enfrentar a crise e a desenvolver as mudanças necessárias. Meleis (2010) salienta que durante o período de transição com implicações na saúde/doença a intervenção da enfermagem é um factor importante. Assim sendo, o novo modelo assistencial deve contemplar a aproximação maior do enfermeiro com família, com o objectivo de ter nesta a possibilidade de construir um suporte.

Assumindo o cuidador informal como parte integrante do sistema familiar, elaboraram-se os capítulos seguintes, relacionados com o cuidar da pessoa dependente, do cuidador e das famílias que cuidam.



### 3. CUIDAR DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: DA PATOLOGIA À DEPENDÊNCIA

Este capítulo enquadra a caracterização do AVC enquanto entidade nosológica e objectiva a pertinência do estudo *Estado de Ânimo e Saúde Mental dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes Pós-Acidente Vascular Cerebral*, pelo que nos centramos no acidente vascular cerebral, em que as consequências variam e são assoladoras para os idosos e suas famílias, afectando intermináveis aspectos da vida quotidiana, como a motricidade, o discurso, a emoções ou a memória.

A OMS, (2009) descreve AVC como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular.

O AVC consiste, assim, numa situação clínica em que os sintomas persistem por mais de 24 horas ou quando há imagens de lesão cerebral aguda clínica relevante em doentes com rápido desaparecimento de sintoma. Habitualmente, cursa ainda com défice neurológico, súbito e não convulsivante (Leal, 2001 & Cunha, 2006).

Em relação ao Acidente Isquémico Transitório (AIT), Leal (2001) refere que é todo o episódio breve de disfunção neurológica causado por um distúrbio focal do cérebro ou por isquemia da retina, com sintomas clínicos característicos que duram tipicamente menos de 1 hora e sem evidência de enfarte. Contudo, salienta o autor, o risco de enfarte de miocárdio após AVC é também alto, atingindo 5% no primeiro ano e mais de 3% anualmente durante os primeiros 10 anos.

O AVC pode ser causado por hemorragia, trombose, embolia ou espasmo dos vasos sanguíneos cerebrais, que originam um enfarte, área localizada de morte das células neuronais causada por falta de aporte sanguíneo (Seeley, Stephens & Tate, 2005). Swearingen e Keen (2003) classificam o AVC em dois tipos Isquémico (70%) e Hemorrágico (27%) que por sua vez se dividem em diferentes subcategorias. AVC Isquémico: Trombótico (10%), Lacunar (19%), Embólico (14%), Indeterminado (28%) e AVC Hemorrágico: Hemorragia subaracnoideia (14%), Cerebral (13%) e Outros (3%).

Porém, todos os tipos de AVC isquémicos e hemorrágicos são acompanhados de aumentos patológicos no teor de água no cérebro (edema), aumentando deste modo a pressão intracraniana. Em alguns casos, podem causar deterioração neurológica e morte através de ptose transtentorial. O edema cerebral e esta expansão assimétrica do hemisfério cerebral representam a causa imediata de morte em um terço do AVC isquémico e em  $\frac{3}{4}$  do AVC hemorrágico fatal (Swearingen & Keen, 2003).

O AVC é multifactorial e apresentando inúmeras consequências, sendo o seu prognóstico condicionado por factores fisiológicos, inerentes à lesão, bem como por características individuais do doente ou factores externos que directos ou indirectamente estão relacionados com este e a sua condição após o AVC, influenciando a sua recuperação (Nunes, Pereira & Silva, 2005).

Deste modo, “as duas causas mais comuns do acidente isquémico agudo são a formação de um coágulo por mecanismo trombótico ou embólico. O trombo é um coágulo formado na artéria, o que se dá habitualmente nos ramos de fluxo lento, com a formação de uma placa. Os êmbolos cerebrais formam-se, a maior parte das vezes, no coração e deslocam-se para o cérebro. Alguns coágulos formam-se nas carótidas ou em outras artérias cerebrais, de onde se desprendem e migram para ocluir uma artéria cerebral de menor calibre. Produzem-se défices característicos, consoante a artéria envolvida” (Swearingen & Keen, 2003, p. 534).

A (in) capacidade funcional é um dos *outcomes* mais importantes após um AVC, sendo a sua avaliação das mais complexas pois envolve a conjugação de vários factores como ambientais, recursos económicos e sociais, factores comportamentais e motivacionais (OMS, 2003).

Dado que cada hemisfério cerebral supervisiona e controla a actividade do lado oposto do corpo, qualquer dano a um dos lados do cérebro conduzirá a uma incapacidade do lado oposto. Assim, um AVC no lado esquerdo afecta o lado direito do corpo e vice-versa (OMS, 2003).

O Quadro 6 apresenta de uma forma genérica a sintomatologia geral do AVC de acordo com o território cerebral afectado e os leitos arteriais comprometidos.

**Quadro 6 - Sintomatologia geral do AVC**

Vaso	Área Irrigada	Défice
<b>Artéria Carótida Interna</b>	Hemisfério direito ou esquerdo	Défice motor ou sensorial, afasia, hemianopsia, desvio do olho contra lateral.
<b>Artéria Cerebral Média</b>	Superfície convexa direita ou esquerda do encéfalo, maioria dos núcleos da base, cápsula interna, putamen e globus pallidus	Hemiplegia contra lateral, sensorial, afasia, hemianopsia homónia.
<b>Artéria Cerebral Anterior</b>	Lobo frontal direito ou esquerdo	Diminuição da força ou perda sensorial da perna contra lateral e da parte proximal do braço do mesmo lado, perturbação comportamental e incontinência urinária.
<b>Artéria Cerebral Posterior</b>	Mesencéfalo, tálamo, plexo coroídeo, lobo occipital e porção interna do lobo temporal	Défice do campo visual contra lateral, perda de memória, perda sensorial, nistagmo, anomalias pupilares, ataxia.
<b>Artéria Vertebral</b>	Bulbo raquidiano e/ou cerebelo	Parestesias da face, nariz ou olho homolateral com parestesias contra lateral do corpo, fraqueza dos músculos faciais, vertigens, ataxia, nistagmo, disfasia, disartria.
<b>Artéria Basilar</b>	Protuberância, mesencéfalo e/ou cerebelo	Tetraplegia ou hemiplegia/paresia, síndrome Locked-in, disartria, disfagia, ataxia, nistagmo, vertigem, coma.

**Fonte:** Adaptada de Swearingen e Keen, (2003). Manual de enfermagem de cuidados intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes. Loures: Lusociência.

Em termos gerais os sinais e sintomas variam consoante o território cerebral envolvido. Alguns dos sintomas frequentemente encontrados são: Diminuição de força e/ou sensibilidade contra lateral; Afasia, apraxia e disartria; Alteração de consciência e confusão e diplopia, vertigem, nistagmo e ataxia (EUSI, 2003). O AVC, é portanto uma urgência neurológica que deve ser assistida de imediato (Gagliardi Raffin & Fábio, 2001).

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral, com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, ordenam que sejam consideradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar (Ministério da Saúde, 2006).

Reflectir sobre elementos estatísticos que espelham a realidade nacional e internacional apresenta-se-nos como uma estratégia facilitadora para a compreensão desta patologia e consequentemente melhorar a informação e fomentar maior envolvimento dos profissionais de saúde na adopção de medidas de carácter preventivo no combate à doença.

As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares têm, vindo a diminuir em Portugal, contudo apesar do notável decréscimo observado, somos ainda um dos Países da União Europeia que apresenta uma das taxas de mortalidade mais elevada para esta causa de morte (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Em 2005 a Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) e o Instituto de Reumatologia (IPR) conduziram um estudo no território português, cujos resultados divulgados pela Agência Lusa, indicavam que, dos 8.896 dos inquiridos, 13 por cento dos homens e 8,2 por cento das mulheres com 54 ou mais anos iriam sofrer um AVC nos próximos dez anos, ou seja, 13 em cada 100 homens e 8 em cada 100 mulheres iriam ser acometidos pela patologia. O Alentejo foi a região em que a probabilidade de risco de AVC, foi mais elevada, identificando o estudo possuir o homem maior risco do que a mulher. A mesma fonte de informação sublinhava que o AVC, era a principal causa de morte e um importante motivo de internamento hospitalar em Portugal afectando em média 3 pessoas por hora, 54 por dia e cerca de 20 mil por ano. Como nota final refere-se que o AVC é considerado uma “catástrofe evitável” causando a morte de 575 mil pessoas por ano na Europa, segundo dados da Aliança Europeia para o AVC (SAFE), sendo igualmente a principal causa mundial de incapacidade impondo por isso, gastos significativos ao nível dos sistemas de saúde. Aponta um estudo recentemente realizado onde cerca de 125 mil mortes por AVC poderiam ser evitadas, num período de cinco anos e meio, através do melhor acompanhamento e tratamento da hipertensão (Gonçalves, 2006, Março 31).

Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) apresentaram uma investigação onde foram estudados retrospectivamente 262 doentes brasileiros com o diagnóstico de AVC isquémico permanente, com idade igual ou superior a 60 anos, de 1990 a 2002. O estudo enfatizou a frequência dos factores de risco modificáveis para o AVC isquémico na população idosa, considerando o sexo e a faixa etária dos participantes, constantando que a hipertensão arterial sistémica é significativamente frequente (87,8%) entre os pacientes idosos com AVC, independentemente do sexo e da faixa etária. Verificaram que o tabagismo (46,9) e etilismo (35,1%) revelaram-se factores de risco modificáveis e especialmente frequentes entre os homens. As cardiopatias (27,0%), a diabetes mellitus (19,9%) e as dislipidémias (15,6%) também se revelaram factores de risco modificáveis frequentes em idosos com AVC em ambos os sexos e faixas etárias estudadas (60 a 70 anos e mais que 71 anos).

Por último, os autores evocam a detecção e o controlo dos factores de risco como tarefas prioritárias, pois permitem redução significativa da incidência e recidiva do AVC isquémico. Ingall (2001) apresenta como factores de risco para o AVC factores não modificáveis, modificáveis e presumíveis (cf. Quadro 7).

**Quadro 7 - Factores de risco de Acidente Vascular Cerebral**

Não Modificáveis	Modificáveis	Cardíacos
Idade avançada	Hipertensão	Fibrilhação auricular
Sexo masculino	Tabagismo	Doença coronária
Raça	Estenose da carótida	Insuficiência cardíaca congestiva
Factores Genéticos	Inactividade física	Enfarte do miocárdio
	Diabetes mellitus	Disfunção do ventrículo esquerdo com trombos murais
	Hiperlipidémia	Estenose mitral
	Acidente isquémico transitório	Hipertrofia do ventrículo esquerdo
		Aneurisma do septo auricular
		Calcificação anular da mitral
		Bandas da válvula mitral
		Ateroma do arco aórtico
		Estenose aórtica
		Prolapso da mitral
		Factor de risco bem estabelecido
		Factor de risco presumível

**Fonte:** Adaptado de Ingall (2001). *Prevenção do acidente vascular isquémico: Abordagens actuais para a prevenção primária e secundária*. In: Postgraduate Medicine. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Maio, Vol. 15, nº5.

Como factores de risco presumíveis para o AVC, Ingall (2001) enumera os factores genéticos, ambientais e comportamentais, tais como: Enxaqueca, Uso de contraceptivos orais, Obesidade, Abuso de álcool, *Stress*, Apneia do sono Fármacos simpaticomiméticos, Uso de drogas ilegais (cocaína, anfetaminas...), Infecção (*Chlamydia pneumoniae*, *Helicobacter*...), Níveis elevados de homocisteína, Anticorpos antifosfolípido, Inflamação sistémica (proteína C-reativa• Deficiência de proteína S, Deficiência de proteína C, Mutuação de Leiden do factor V e Gene de protrombina 20210<sup>a</sup>

Salienta-se ainda que a hipertensão arterial é enfatizada pelos referenciais teóricos como um factor de risco preponderante tanto nas doenças cardiovasculares como nas doenças cerebrovasculares e quando associada a outros factores de risco aumenta consideravelmente o risco cardiovascular e cerebrovasculares. Este paradigma está de acordo com o Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007a), e consistente com os estudos de Lima, Caetano, Soares, Santos (2006), Zétola e Nóvak, (2001), Nahas (2003), Jara (2007), (Silva, 2006) e Cardoso, Fonseca e Costa, (2003), relativos à população portuguesa e estrangeira.

Nesta linha de pensamento Pádua (2006, Maio) é peremptório em afirmar que o acidente vascular cerebral é uma expressão um tanto ou quanto vaga mas, mas no seu sentir aterrorizante sendo a primeira causa de morte em Portugal. E, se o são mais de vinte mil por ano as mortes desta doença, significa que em cada 20 ou 25 minutos morre mais um português, por esta causa.

Refere ainda que um terço dos AVC são fatais, traduzindo que, por cada um que morre, há mais dois que sobrevivem, mas, desses, normalmente só metade tem recuperação total, enquanto a outra metade pode ficar com graves deficiências intelectuais ou

motoras, sendo que muitas vezes sobrevivem acamados, o que é desolador para o doente, para a família, constituindo uma carga para esta.

É importante apostar na prevenção primária porque há cerca de dois milhões de pessoas que sobrevivem ao AVC, as quais permanecem com alguma capacidade mas destas, 40% necessitam de assistência nas actividades diárias (Smeltzer & Bare, 2005).

É de realçar um estudo qualitativo de Gilmet e Burman, (2003) para explorar as percepções relacionadas com ao AVC entre profissionais de saúde e leigos. Este estudo realizado numa amostra de conveniência, incluiu treze leigos e oito cuidadores profissionais. O tema mais vezes identificado foi “imagens duradouras” do AVC e as suas consequências. Os participantes descreveram imagens vividas e negativas relacionadas com o AVC que eram baseadas em experiências passadas. Outros quatro sub-temas emergidos foram: medo, vergonha, fuga e desejo/necessidade de controlo. Os autores destacam que as suas descobertas confirmam a necessidade de se continuar a educar tanto os profissionais de saúde como os leigos em relação aos factores de risco, sintomas, tratamento e prognóstico.

O conhecimento dos factores de risco modificáveis para se determinar se um cidadão comum é ou não um candidato a desenvolver AVC é sem dúvida fundamental, referenciando este capítulo a importância de se prevenir o AVC como sendo a estratégia mais importante para reduzir o custo desta doença.

O controlo dos factores de risco modificáveis é uma *arma* poderosa a ser usada tanto pelos técnicos de saúde mormente o médico e o enfermeiro como cada um dos portugueses e portuguesas devidamente informados e esclarecidos.

Partilhamos da ideia de Bolcei e Ângelo (2005) quando referem que as doenças cerebrovasculares, mesmo quando não são mortais levam com frequência a deficiências parciais ou totais no indivíduo, com graves repercussões para ele, a sua família e sociedade. E isto porque o AVC tem consequências socioeconómicas profundas para o próprio, para a família e comunidade. Os custos de ordem emocional e social, ainda que mais difíceis de quantificar, são evidentes para qualquer um, cuja família tenha passado pela experiência, de vivenciar/conviver com o portador da doença (Phipps Sands & Marek, 2003).

### 3.1. ASSISTÊNCIA À PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A prevenção da doença foi uma das precisões que abonou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares criado pelo Despacho nº16415/2003 de 22 de Agosto, cujos objectivos finais foram de reduzir a incidência de



enfarte de miocárdio particularmente abaixo dos 65 anos e reduzir a incidência de AVC, particularmente abaixo dos 65 anos.

Para atingir estes objectivos o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares sublinha a necessidade de sensibilizar para adopção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção primordial dos factores, atitudes e comportamentos de risco cardiovascular, tais como erros alimentares, uso de tabaco e *stress*. Prelúdios estes, também recomendados pelo CINDI- Countrywide Integrate Non Communicable Diseases Intervention Program - Programa criado pela OMS, na Europa, a partir da experiência inicial com as doenças cardiovasculares (Pádua,1999). O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares aponta como estratégias para a sensibilização da sociedade em geral fazer uso/recorrer aos meios de comunicação social nacionais, regionais e locais, dos líderes de opinião, dos educadores, dos artistas e animadores, das sociedades científicas e associações profissionais e das associações dos doentes (Ministério da Saúde, 2006).

Desta forma propõe-se, assim, a redução global dos riscos cardiovasculares, articulando-se sobre cinco pontos essenciais: Melhorar a vigilância epidemiológica dos factores de risco e das patologias cardiovasculares; Promover a prevenção cardiovascular, actuando especificamente sobre cada um dos factores de risco; Encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde; Melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor precordial e dos Acidentes Vasculares Cerebrais; Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares descremina, entre outras, as seguintes estratégias de intenção: Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral; Melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial e da Dislipidémia; Prevenir e controlar o tabagismo; Reduzir o número de pessoas com o Excesso de Peso /Obesidade; Aumentar a prática regular de Actividade Física; Identificar portadores de factores de risco cardiovascular, através da realização do Exame Periódico de Saúde – EPS; Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária; Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica do Acidente Vascular Cerebral (Ministério da Saúde, 2006).

Consequentemente, foram criadas e publicadas pela Direcção Geral de Saúde: Orientações técnicas sobre a reabilitação nos pós- AVC, destinado aos profissionais de saúde; Norma sobre circuitos de referência para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação; Desenvolvida a implementação nacional de uma Via Verde para o AVC coordenada pelo Instituto de Emergência Médica; Promover o acesso rápido à consulta de referência dos doentes com

hipótese diagnóstica de acidente isquémico transitório colocada pelo clínico geral (Ministério da Saúde, 2006).

Impõe-se enfatizar que uma intervenção pré-hospitalar rápida e adequada, em situação de AVC, é “*meio caminho andado*” para evitar que muitas vidas se percam por entre corredores “da morte”.

A pensar em tudo isto, foi criado o projecto de *Via Verde*, com o único objectivo: *salvar os doentes em tempo útil*. Via Verde é uma “estratégia organizada para abordagem, encaminhamento e tratamento, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações (Alto Comissariado da Saúde, 2007b). Basta accionar um simples contacto, através da linha 112 para activar um sistema de cuidados que fará a diferença entre a vida e a morte. O INEM fica responsável pelo acompanhamento do doente encaminhando-o para uma Unidade adequada de tratamento, sem deixar que o mesmo tenha de enfrentar as urgências hospitalares. Assim, sendo a implementação das Vias Verdes justifica-se porque há tratamentos eficazes para a fase aguda do AVC e que demonstraram reduzir a mortalidade nas primeiras três horas de início de sintomas. Todavia requer a organização dos serviços de saúde e campanhas de sensibilização da população (Alto Comissariado da Saúde, 2007b).

Com a utilização da Tomografia Axial Computorizada (TAC), diferenciam-se os AVC's em hemorrágicos e isquémicos. Por outro lado, a utilização, de determinados fármacos (antiagregantes, plaquetários, anticoagulantes e fibrinolíticos) com resultados positivos surpreendentes na diminuição da mortalidade e morbilidade da doença coronária, induziu os investigadores a tentar extrapolar estes resultados para o AVC, já que o mecanismo etiopatogénico, em determinados doentes, é semelhante. Tendo por base estas premissas, realizaram-se estudos que permitiram interferir na fase aguda da doença modificando a mortalidade e morbilidade desta doença (Velez, 2004).

Além das terapêuticas acima referidas, há que ter em conta outros elementos, de forma a optimizar a terapêutica e melhorar os índices de mortalidade e morbilidade e talvez o mais relevante seja a confirmação da importância das Unidades de AVC (UAVC).

“A expressão Unidade de AVC (UAVC) designa um sistema de organização de cuidados prestados aos doentes com AVC numa área geograficamente bem definida. A expressão Equipa de AVC é usada quando há uma equipa móvel no hospital referenciada ao AVC em diferentes unidades do hospital” (Direcção Geral da Saúde, 2001, p. 9)

Estas têm entre outras as finalidades de reduzir a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de

enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos e facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho.

Os seus objectivos incluem entre outros, iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação e desenvolver um plano de alta e de follow-up adequados. Está corroborado que o tratamento de doentes com AVC isquémico em Unidades de AVC reduz expressivamente a mortalidade, a incapacidade e a necessidade de assistência institucional (European Stroke Initiative Executive Committee [ESIEC] & European Stroke Initiative Writing Committee [ESIWC], 2003).

Anota-se que em 2006 foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e no seu artigo 12º são descritas as diferentes tipologias de resposta, nomeadamente em regime de internamento, de unidades de dia e equipas de cuidados continuados integrados de apoio domiciliário.

Neste contexto, a RNCCI consubstancia-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência. Sendo que o enfoque nos cuidados domiciliários, além de se ajustar às características do utente também se ajustam às características das *famílias e cuidadores*. Sem dúvida, representa um enorme desafio e responsabilidade para os Cuidados de Saúde Primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas integradas e satisfaçam as necessidades específicas desta população e que urge concretizar, (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Afirma-se também que as unidades de convalescença estão essencialmente orientadas para a prestação de serviços a doentes dependentes por perda transitória de autonomia, isto é, a pessoas que apresentam uma doença de base e que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou agudização de um processo crónico e que têm uma perda de autonomia potencialmente recuperável e não precisam de internamento hospitalar mas que ainda requerem cuidados e tratamentos clínico intenso (exemplo: AVC).

No documento sobre o enquadramento das unidades de convalescença na RNCCI, supra mencionado, apontam-se já dados de Espanha, que indicam que a primeira causa de internamento neste tipo é o AVC (Nogueira, Henriques, Gomes & Leitão, 2007) ”.

A Europa define estratégias para o AVC na Declaração de Helsingborg e metas para 2015. Talvez a meta mais importante seja que todos os doentes com AVC deverão ter acesso à continuidade de cuidados, desde as unidades de AVC organizadas para a

fase aguda até à reabilitação apropriada e a prevenção secundária (Lyons & Rudd, 2007).

Uma afectação, a nível nacional, de serviços para AVC, é uma ferramenta de política forte, para contenção de custos de saúde (Struijs et al., 2006).

Como Metas Prioritárias para as Doenças Cardiovasculares do Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2004, p. 22), o governo português estipulou: Diminuição da taxa de Mortalidade padronizada por Doença Cardio-Isquémica (DCI) e AVC <65 anos; Aumento de internamentos pela Via Verde (Coronária e AVC) para DCI aguda e AVC; Diminuição da Letalidade Hospitalar por DCI e AVC; Aumento da referência a Unidades de Reabilitação após episódios agudos de DCI e AVC”.

Para além destas considerações, consideramos que a inclusão de um programa educacional ministrado dentro de uma unidade de reabilitação de AVC é de uma importância vital. Esta premissa é evidenciada no estudo de Smith, Forster e Young, (2004) no Hospital de Bradford em que prepararam 170 doentes com sessões de educação para a saúde com equipa multidisciplinar, a cada duas semanas. Comparando este grupo de doentes com outros não preparados, verificou-se uma redução significativa na ansiedade do doente aos seis meses após a ocorrência do AVC.

Mennemeyer Taub, Uswatte e Pearson (2006) referem que uma investigação feita com 121 indivíduos com mais de um ano após AVC e que foram questionados em relação às suas actividades e emprego antes da trombose e após a trombose, mas antes da terapia de Indução de Movimentos (IM) no braço incapacitado e após a terapia IM. Também lhes foi perguntado se alguém tinha deixado de trabalhar para se tornar cuidador e se essa pessoa tinha voltado ao trabalho. Antes da trombose/AVC, 48% dos doentes tinham tido emprego; baixando para 22% após a trombose e não aumentou significativamente depois da terapia de IM, com a maioria dos recém-desempregados a passarem a um estado de reformados permanentes antes de iniciarem a terapia de IM. Entre os doentes de terapia de IM, um quarto (29/121) relataram que alguém tinha condicionado o seu emprego para tomar conta de si após a sua trombose/AVC. Depois da terapia de IM, mais de 60% (18/29) dos cuidadores voltou ao trabalho.

Os autores deste estudo alertam contudo que a descoberta preliminar no que diz respeito ao regresso ao trabalho por parte dos cuidadores de doentes vítimas de trombose após a terapia de IM, requer um maior estudo, usando métodos prospectivos e projectos controlados e aleatórios.

Esta doença crónica degenerativa, associada ao envelhecimento humano gera progressivas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que, podem acelerar o declínio funcional do indivíduo idoso. É caracterizado, entre outros aspectos, por imobilidade, instabilidade e comprometimento das funções

neuromusculares que, por serem relativamente frequentes na terceira idade, aumentam o risco de instabilidade postural, quedas e suas complicações. Sendo que, estas alterações comprometem a capacidade funcional do idoso a ponto de impedir o auto-cuidado, tornando-o, muitas vezes, completamente dependente (Carvalho, Peixoto & Capella, 2007).

A realização adequada de uma tarefa do quotidiano envolve a participação das funções cognitivas, motoras e psicológicas (Oliveira, Goretti & Pereira., 2006). Deste modo o comprometimento da função neuro-muscular e articular, evidenciado pela perda de força muscular e pela perda de amplitude de movimento, gera limitações funcionais que dificultam a execução das actividades de vida diária, como caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio postural e prevenir-se contra quedas iminentes (Kauffman, Jackson, Reynolds, Barr & Moran, 2001).

A utilização dos instrumentos de avaliação têm importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita acções preventivas, assistenciais e de reabilitação que contribuem para um processo de envelhecimento mais saudável numa tentativa de recuperação ou manutenção funcional (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, para a realização de interacções sociais, as suas actividades de lazer e em outros comportamentos requeridos no seu dia-a-dia. De uma maneira genérica, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total (Wilkins, Law & Lets, 2001).

Dentre as escalas de avaliação funcional, o Índice de Katz é muito utilizado e enfatiza a habilidade necessária para realizar as tarefas essenciais no dia-a-dia. Actividades como banho, alimentação, higiene pessoal e transferência são algumas medições realizadas para mensurar o nível de dependência do indivíduo idoso (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963).

Duarte, Andrade e Lebrão (2007, p. 317) são peremptórios em afirmar que “o Índice de Independência nas Actividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sideney Katz, é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional”, razão que justificou a nossa opção de procedermos à sua inclusão como instrumento de avaliação.

Ao possibilitarem certa previsão sobre o grau de recuperação esperado na evolução, as escalas apresentam-se como instrumentos de medida bastante úteis, bem como outras variáveis complementares na investigação permitindo uma avaliação do défice neurológico, realizado nas fases iniciais e tardias do AVC.

Assim sendo, apesar da necessidade de se definir o prognóstico funcional em doentes com acidente vascular cerebral, com um défice motor inicial característico, é importante identificar a natureza complexa das variáveis que podem determinar o nível funcional final. Os enfermeiros que trabalham numa unidade com este tipo de doentes, têm papéis centrais e singulares no processo de cura e reabilitação não descurando o impacto que a doença gera na família. Uma maior atenção deve ser dada ao familiar na vigência dos cuidados agudos, oferecendo-lhes informação/recursos de apoio para aquisição de conhecimentos e de habilidades antecipando os problemas da ansiedade, depressão e *stress* que os cuidadores podem encontrar no período de recuperação.

Sendo que um plano estruturado de cuidados de enfermagem permite ao enfermeiro traçar objectivos visando a reabilitação e ajustamento psicossocial na promoção de melhor qualidade de vida e autonomia do idoso. Todavia não nos podemos esquecer que é durante internamento que os enfermeiros percebem que a família sofre um processo de desorganização e busca encontrar forma de se voltar a estruturar (Wernet & Ângelo, 2003) e daí que as acções de enfermagem devem ir também ao encontro das necessidades das famílias.

Logo após admissão do doente, os cuidados de enfermagem devem centrar-se no controlo do estado neurológico do doente e na prevenção de complicações, enquanto se procede à avaliação da gravidade do Acidente Vascular Cerebral, mantendo as vias aéreas desobstruídas, o repouso, com a cabeceira da cama elevada a cerca de 30° e o ambiente deve ser mantido tão silencioso e tranquilo quanto possível. A posição adequada é fundamental para prevenir complicações, e os cuidados à pele são outra faceta essencial do posicionamento. O terapeuta da fala é parte integrante do plano de reabilitação, mas o enfermeiro também dá um grande contributo no reforço dessa aprendizagem e em ajudar a família a participar activamente na equipa de reabilitação (Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green, 2010).

Salientam os autores, que os maiores desafios, quer para o doente quer para a família, colocam-se depois do período inicial, agudo, do AVC. Tanto o doente como a família devem ser incluídos em todas as informações das acções e dos procedimentos, além de que lhes deve ser dada uma apreciação realista do estado e dos défices, futuros, do doente. O enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para ensinar e incentivar a família a participar, na medida das suas possibilidades, nos cuidados prestados ao doente. Na fase aguda a família necessita de apoio na tomada de decisões

quanto às fases posteriores dos cuidados. A referenciação para os serviços sociais, revela-se muito útil. As mudanças a nível emocional são angustiantes e embaraçosas para o cônjuge e família. O enfermeiro deve tentar que a família perceba que estas reacções são consequências do AVC e não determinadas pela vontade do doente.

Concluindo, importa salientar que os programas de reabilitação devem ser sempre programas holísticos, desenvolvidos por profissionais multidisciplinares, com validade ecológica e utilizando metodologias qualitativas e quantitativas. A equipa interdisciplinar deve utilizar os recursos da comunidade para a reintegração do doente e família (Silva, 2010). Não esquecendo que o regresso a casa de uma pessoa dependente no autocuidado é um evento que acentua riscos, devido às mudanças que ocorrem na vida, na saúde, nas relações e no ambiente do cuidador familiar (Meleis et al., 2000). Por isso se justifica a necessidade de o ajudar a planear o regresso a casa, de modo a restabelecer as rotinas e reduzir o caos durante o período de transição (Rittman, Faircloth e Boylstein, 2004 cit in Pereira, 2011). Existe evidência de que poucos são os doentes vítimas de AVC que dão entrada em serviços de reabilitação ou em instituições de cuidados a longo prazo após a ocorrência da doença. A recuperação é extremamente variável e a incerteza resultante de tal facto coloca um grande peso nos cuidadores informais dos doentes. Um estudo qualitativo de Burman (2001) explorou as expectativas dos cuidadores familiares em relação à trajectória do AVC e das suas estratégias de gestão. Sendo que estes não demonstraram ideias no que respeita à forma como a recuperação dos seus ente-queridos decorreria e revelaram dificuldades em fazer projecções acerca da trajectória da doença. Contudo construíram uma recuperação positiva, reconstruíram a vida familiar, mantiveram as rotinas familiares, criaram uma rede de segurança e redobram a autoconfiança.





#### **4. CUIDADORES E FAMÍLIAS DE DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

No presente capítulo pretendemos descrever o cuidado à família cuidadora como algo fundamental no cuidado ao idoso dependente, tendo em vista a promoção da saúde e a qualidade de vida das famílias exercendo uma prática profissional centrada nas famílias. “As famílias provedoras de cuidados confrontam-se com novos desafios e com novas solicitações, para as quais nem sempre têm as respostas mais ajustadas às expectativas dos vários actores envolvidos, contudo as pesquisas sociais mostram-nos que a sua capacidade de regeneração e a sua criatividade são exemplares, possibilitando um ajustamento e acompanhar a transição do cuidador às novas exigências e a edificação de soluções que permitem fazer face a situações de grande vulnerabilidade (Pimentel, 2008, p.1)”. A enfermagem ao fundamentar o seu cuidado à família no Modelo de Transição contribui para aumentar as possibilidades de ajuda baseando o cuidado, num modo de acção (cuidado transicional) que é praticado em momentos específicos geradores de insegurança. Deste modo o cuidado transicional de enfermagem contribui para uma forma mais abrangente, humanista, sistémica e holística. A visão do mundo da ciência humana enfoca o ser humano como um todo e as suas experiências vividas dentro de um determinado contexto (Meleis, 1991 cit in George, 2000). Por isso, “acima de tudo, precisamos de uma visão que valorize o cuidar, os compromissos pessoais e as actividades de prestação de cuidados (Williams, 2010, p.116)”. A teoria de Meleis ajuda-nos a compreender os cuidados de enfermagem face aos processos de vulnerabilidade dos prestadores de cuidados e as respostas às transições enquanto situações de saúde e de vida complexas. Isto porque os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas dependentes no autocuidado e das suas famílias, na medida em que assistem nas mudanças e nos desejos que as transições acarretam para o quotidiano da pessoa dependente no autocuidado e família e preparam a pessoa dependente no autocuidado e famílias para as transições eminentes (Pereira, 2011).

É útil ao enfermeiro adoptar a crença de que todas as famílias têm problemas e todas têm forças. O plano de intervenção que o enfermeiro e a família constroem colaborativamente dependerá da gravidade e complexidade dos problemas e da riqueza das suas forças (Wright & Leahey, 2009). Tal pressupõe que os enfermeiros são algumas vezes os cuidadores dos clientes/família que estão a viver os processos de transição, pelo que se tornam responsáveis pelo conhecimento das mudanças e exigências que as transições provocam na sua vida quotidiana (Pestana, 2010).

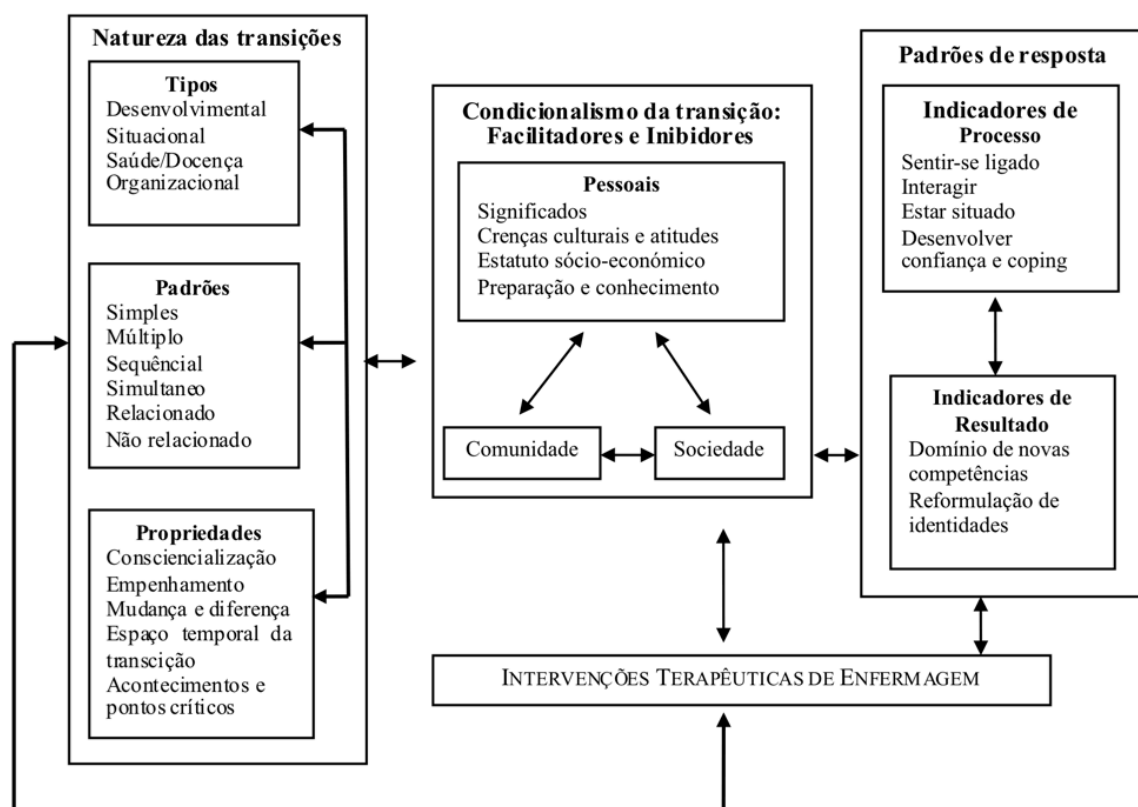
As famílias caminham através de transições, em que os novos contextos requerem mutação nos padrões familiares (Figueiredo, 2009), que podem derivar de dois tipos de situações causadoras de perturbação: umas associadas ao ciclo vital da família, designadas por normativas (Hanson, 2005) ou ainda outras situações não normativas, decorrentes de situações de *stress* acidentais (Relvas, 2002). As transições são complexas e multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. A consciencialização está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflecte-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000).

A transição conota como anteriormente descrito processos psicológicos envolvidos na adaptação para o conhecimento da mudança ou ruptura. A transição não é um acontecimento mas antes uma “*reorientação interior e auto-redefinição*” pelo que as pessoas passam de modo a incorporar alterações na sua vida. Os indicadores de que a transição está a acontecer incluem o sentimento individual relacionado e interagindo com a sua situação e com outras pessoas (Bridges, 2004).

Para Meleis (2005, p.107) o cliente deve ser perspectivado como um “...ser humano com necessidades específicas que está em constante interacção com o meio envolvente e que tem capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio” e a interacção enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

A teoria das transições desenvolvida por Meleis et.al. (2000, p.12-28) inclui três domínios fundamentais: a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), as condições das transições (facilitadoras e inibidoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) em interacção dinâmica, como podem ser observados na Figura 1. Perceber quais os pontos críticos que despoletaram, ou poderão despoletar, a transição eficazmente, é uma intervenção importante para promover a saúde mental dos cuidadores informais.

**Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis**



Fonte: Figueiredo (2009). Adaptado de Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Mes- sias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advanc ed in Nursing Science*. Set. 23 (1), 12-28.

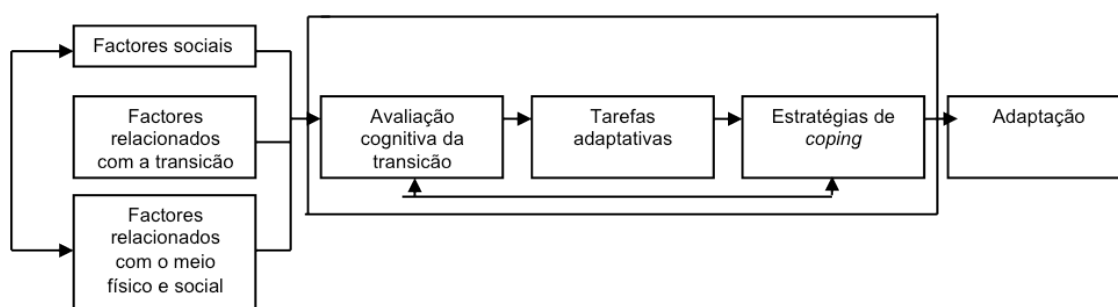
Moos e Schaefer (1986) cit in Fonseca (2004) consideram, três ordens de variáveis que estão na base das diferenças de adaptação face a situações de transição e crise:

- **Factores pessoais**: idade, género, raça e estatuto socioeconómico são variáveis que fazem depender o resultado final do processo adaptativo, bem como aspectos de natureza cognitiva e emocional, como a resiliência, a confiança em si próprio, compromissos éticos e religiosos, ou experiências anteriores de coping com situações de crise semelhantes;
- **Factores relacionados com a transição**: prendem-se com as próprias características dos acontecimentos que estão na base das transições e crises, como sejam a sua natureza, a sua previsibilidade de ocorrência, o maior ou menor poder de controlo sobre os respectivos efeitos, a sua extensão e invasão da vida pessoal;
- **Factores relacionados com o meio físico e social**: diversos aspectos do ambiente físico e social podem afectar as tarefas adaptativas, como, por

exemplo, os recursos comunitários, a coesão social e a inserção do indivíduo na comunidade.

A Figura 2 agrupa e relaciona entre si estas diferentes variáveis, procurando o autor explicar como diferentes pessoas adoptam estratégias de coping diferentes para ultrapassar momentos geradores de *stress*. Retracta-se assim que pessoa e situação exercem um efeito mútuo, operando uma causalidade recíproca (Fonseca, 2004).

**Figura 2 -** Modelo de Adaptação a Situações de Transição



Fonte: Fonseca (2004). Adaptado de Moos e Tsu (1977) cit in Brammer e Arego (1981, p.22) e cit in Moos e Schaefer (1986, p. 20).

As competências pessoais do indivíduo são mobilizadas em situações de transição de modo que ao atravessarem momentos de transição potencialmente geradores de crise, desenvolvem respostas flexíveis de coping que lhes permitem tolerar ou ultrapassar ameaças e desafios diversos.

Brammer e Arego, 1981 cit in Fonseca, 2004, p.180, destacam as seguintes:

- *Competências de percepção da transição e de resposta à crise* - através de dois mecanismos – 1) Aceitação das situações problemáticas como uma parte normal da vida, sendo possível lidar com elas eficazmente – controlo percebido sobre a sua vida. 2) Adopção de um conjunto de crenças pode ajudar a pessoa a lidar eficazmente com situações de transição, reforçando a auto-estima e o sentido de autocontrolo;

- *Competências de procura e utilização de sistemas de suporte externos* - esta procura de suporte externo tanto pode ser dirigida ao cônjuge como a um familiar, amigo próximo ou outro, sendo importante que se trate de alguém com quem possa falar abertamente, exprimir preocupações e partilhar emoções, bem como ser alguém que faça a pessoa sentir útil e competente e fornecendo informações e/ou ideias que ajudem a enfrentar medos, a mudar e a crescer;

- *Competências de avaliação, desenvolvimento e utilização de sistemas de suporte internos* - trata-se de pensamentos e imagens mentais que permitem à pessoa evocar e usar experiências passadas em tomadas de decisão exigidas por uma transição

vivida no momento actual – uma espécie de discurso interno – que fornece suporte e instruções para a adopção de determinados comportamentos;

- *Competências de redução do stress físico e emocional perante acontecimentos stressantes* - o objectivo é manter um estado de relaxamento que permita continuar a ser eficaz no desempenho das tarefas do quotidiano;

- *Competências de tomada de decisões* - as pessoas que lidam eficazmente com situações de stress durante as transições tendem a usar quer competências de natureza racional – comportamento assertivo, auto gratificações ao atingirem determinados objectivos – quer competências de natureza mais afectiva – ultrapassar timidez, envolver-se emocionalmente (Brammer e Arego, 1981 cit in Fonseca, 2004).

As transições pertencem ao domínio da disciplina de Enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2007) e os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências, compreendendo as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudando ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas (Meleis et al., 2000).

#### 4.1. AJUDAR A SER CUIDADOR

Apesar dos cuidadores familiares serem vistos como um recurso primário, é evidente de que eles têm as suas necessidades e problemas em consequência da prestação de cuidados familiares razão pela qual têm sido apelidados “*hidden patients*” “*pacientes ocultos*”, pois também necessitam de ajuda para melhorar a sua saúde e bem-estar (Figueiredo & Sousa, Julho 2007).

De forma a garantir que os cuidadores familiares possam continuar a desempenhar o seu papel, é importante explorar o impacto que a prestação de cuidados pode ter nas suas vidas e tomar providências para garantir o fornecimento de apoio efectivo. Esta é, uma tarefa complexa e requer a participação e o compromisso de todos os membros de uma equipa multidisciplinar sendo que um factor essencial para o desenvolvimento de uma intervenção bem-sucedida é o envolvimento dos cuidadores no processo (Kerr & Smith, 2001).

Um estudo de Smith et al., (2004) cujo objectivo foi descrever a experiência da prestação de cuidados a sobreviventes de trombose, na Escócia, um ano após a

ocorrência do acidente vascular cerebral foi concretizado junto de 90 cuidadores. Como conclusões os autores aludem: apesar de ser uma emergência médica, a trombose nem sempre foi diagnosticada ou tratada como tal. Inicialmente, a maioria dos cuidadores descobriram não ter o conhecimento ou capacidade para cuidar do sobrevivente de trombose, em casa e, por isso, tiveram que aprender a obter a informação e a assistência necessária. Os cuidadores tiveram que se adaptar às mudanças que a trombose impôs ao sobrevivente de AVC e procurar formas alternativas de assegurar os recursos de que necessitavam para gerir as suas vidas. Pensaram que não estavam adequadamente preparados para o papel de cuidadores ou satisfatoriamente avaliados em termos de serem ou não capazes de gerir a situação, dado o seu nível de capacidade, idade e/ou estado de saúde.

As carências dos cuidadores por vezes são tão acentuadas que devem ser incluídas nas medidas de avaliação a longo do tempo após o AVC. Esta ideia é documentada no estudo de Nowotny, Dachenhausen, Stastny, Zidek e Brainin (2004) realizado no Sul da Áustria, a 26 sobreviventes de acidente vascular cerebral e 26 cuidadores informais. A média de idades dos doentes foi de 63.9 anos e de 61.9 anos dos cuidadores. Quase todos estes doentes e um quinto dos cuidadores informais foram obrigados a abandonar as suas actividades profissionais devido à ocorrência do AVC. O peso financeiro, a redução de férias e as actividades sociais foram identificados em ambos os grupos. Os cuidadores relataram mais frequentemente um aumento do receio de uma recaída e do futuro em geral.

E a denotar que estas carências são significativas, um estudo de Belciug (2006) efectuado no Canadá a quarenta e cinco cuidadores familiares de doentes vítimas de trombose, mostram que as preocupações são variadas. Foi estabelecida uma hierarquia de preocupações, baseada na sua frequência e no desafio que representavam. Os resultados indicaram que *“certificar-se que o doente se encontra seguro em todo e qualquer momento”*; *“saber quais serão as suas futuras necessidades”*; *“saber o que fazer em situações específicas em que o paciente é incapaz de executar a tarefa independentemente”* e *“lidar com os aspectos emocionais do paciente”* são as preocupações mais importantes dos cuidadores familiares.

Também Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci e Newman (2004) efectuaram um estudo cujo propósito era identificar os principais problemas e sentimentos associados às experiências dos cuidadores familiares de sobreviventes de AVC durante o primeiro mês após o regresso a casa. A segurança, a dificuldade em gerir as actividades da vida quotidiana e as mudanças vividas pelos doentes a nível cognitivo, comportamental e emocional (por exemplo, mudanças de humor, falta de motivação, esquecimento e perda de memória, depressão e exigir a presença do cuidador muito frequentemente) foram os

três problemas mais comuns experienciados pelos cuidadores familiares durante o primeiro mês. Outros problemas registados foram a perda de independência por parte do cuidador, a sensação de confinamento, cansaço e desadequação do tempo para o desempenho das tarefas relacionadas com a prestação de cuidados, assim como lidar com os sintomas físicos da doença (por exemplo dor, anorexia, escaras). Destacam os autores que o primeiro mês de prestação de cuidados é muito dinâmico e stressante para os cuidadores e os contactos telefónicos são benéficos na assistência aos mesmos, para os ajudar a lidarem com o processo de prestação de cuidados.

A literatura identifica, como necessidades dos cuidadores familiares de doentes vítimas de AVC, o fornecimento de informação, a gestão de emoções, o apoio social, a manutenção da saúde e a resolução prática dos problemas, Robinson, Francis, James, Greenwell e Rodgers (2005).

Bakas, Austin, Okonwo, Lewis e Chadwick (2002) também determinaram as necessidades auto-relatadas, as preocupações, estratégias, e conselhos dos cuidadores familiares de doentes vítimas de AVC. Entrevistaram catorze cuidadoras familiares do sexo feminino para identificar as suas necessidades e preocupações, estratégias que usaram para lidar com a doença, e conselhos que dariam a outros cuidadores familiares desta enfermidade. As descobertas do estudo revelaram cinco categorias principais de necessidades e preocupações sentidas pelos cuidadores: informação, emoções e comportamento, cuidados físicos, cuidados instrumentais e respostas pessoais à prestação de cuidados.

E a corroborar esta ideia está o estudo de Pierce et al., (2004) no qual foram identificadas as necessidades de autocuidados sobre as quais as pessoas que lidam directamente com o acidente vascular cerebral mais procuram informação. As principais cinco necessidades de autocuidado em relação às quais se desejava maior informação foram: prevenir as quedas; manter uma nutrição adequada; manter-se activo; gerir o *stress* e lidar com as mudanças emocionais e de humor.

Numa investigação efectuada no “Department of Primary Care and General practice, University of Birmingham” apresentada por Hare, Rogers, Lester, McManus e Mante, (2006) 27 doentes vítimas de AVC e seis cuidadores foram convidados a frequentar grupos de convergência na universidade, em instituições/lares ou na comunidade- Três temas principais emergiram desta investigação: problemas emocionais e psicológicos, falta de informação disponível para os doentes e suas famílias, a importância dos cuidados primários como primeiro ponto de contacto para informações ou problemas, mesmo que estes não fossem médicos. Os autores destacam que são necessários melhores métodos de fornecimento de informação a sobreviventes de trombose a longo prazo, e na resolução das suas necessidades emocionais e

psicológicas. Relevam a prestação de cuidados primários como um aspecto chave no auxílio ao fornecimento de serviços mais inclusivos tanto a doentes como a cuidadores.

### **Da provisão de informação à educação do cuidador**

A provisão de informação aos cuidadores e doentes deve ser auxiliada com uma componente prática para uma melhor funcionalidade familiar, são as recomendações de uma pesquisa exaustiva levada a efeito por Forster et al., (2001).

A fim de minimizar os efeitos negativos inerentes ao cuidador informal a formação sócio educacional do cuidador deve focalizar aspectos cognitivos (conhecimentos do cuidador sobre o processo de envelhecimento e de doença) e de habilidades (execução de determinadas actividades de cuidado), promovendo conhecimentos relevantes para a manutenção da funcionalidade do idoso, ao respeito da autonomia e à oferta de ajuda física, cognitiva, legal, afectiva e espiritual (Yuaso, 2002).

Pera (2000) sugere outras medidas que também devem ser incentivadas como: Proporcionar formação adequada dos cuidadores objectivando a melhoria dos cuidados prestados, prevenção de lesões e redução do *stress*; Fornecer informação sobre técnicas de planeamento com a finalidade de gerir melhor o tempo; Identificação, diagnóstico e tratamento imediatos de problemas por parte dos profissionais; Proporcionar opções de escolha (sistemas de apoio) para que em momentos de dificuldade o cuidador possa recorrer e buscar a ajuda necessária e sem demora.

Crespo e Lopez (2007) relevam que é importante que os profissionais, inclusive enfermeiro, desenvolvam e incentivem vários tipos de intervenções com a finalidade de salvaguardar a integridade física e emocional dos cuidadores, entre estas citam: Apoios formais mediante serviços comunitários de alívio; Programas psico educativos; Formação de grupos de ajuda mútua; Intervenções psicoterapeutas; Combinações das anteriores.

Não podemos olvidar o cuidado com a qualidade dos instrumentos de apoio à educação para a saúde fornecido aos doentes e cuidadores e que é de uma importância vital. Neste sentido Eames, McKenna, Worrall e Read (2003), avaliaram a conveniência dos instrumentos educativos escritos para os sobreviventes de AVC e seus cuidadores. Setenta e cinco por cento expuseram que as suas necessidades de informação não foram respondidas nos hospitais. Um maior número de doentes com afasia desejavam apoio por parte de profissionais de saúde, para ler e perceber a informação escrita e identificaram a linguagem simples, o tipo de letra grande, a cor, e os diagramas como complementos do texto importantes nos materiais escritos.

É verdade que nem sempre as necessidades de informação dos cuidadores são correspondidas no contexto dos cuidados de saúde, tal como verificado na investigação



de O'Connell, Baker e Prosser (2003) quando identifica que as necessidades de informação dos cuidadores não são atendidas pelos serviços de saúde.

O déficit de fornecimento de informação sobre o prognóstico, prevenção secundária do AVC, e outras complicações da doença foi relatado no estudo de Von Renteln-Kruse, Nogaschewski e Meir-Baumgartner (2002). Verificaram déficit de conhecimento no que diz respeito aos factores de risco individuais e prevenção secundária, em particular. A informação foi predominantemente obtida através dos médicos. No entanto, foi expressa, pelos doentes e seus cuidadores, antes da alta clínica, uma necessidade adicional de informação relativa ao prognóstico e à prevenção. A satisfação total dos cuidadores com os cuidados ao paciente estava significativamente relacionada com as taxas de satisfação isoladas no que respeita aos enfermeiros (as), terapeutas e médicos, às suas expectativas em relação à terapia e à satisfação das suas próprias necessidades pessoais.

Watchers-Kaufmann (2000) lembra no seu livro intitulado "*Falar sobre o acidente vascular cerebral/trombose*" escrito por doentes vítimas de trombose e seus cuidadores que tanto os doentes como cuidadores valorizaram o livro porque colocaram em prática algumas das sugestões que encontraram no livro preenchendo deste modo uma clara lacuna de informação que os profissionais de saúde não souberam acautelar.

Na realidade a educação é essencial para uma transição bem-sucedida entre hospital e lar, tanto para os doentes vítimas de AVC, como para os seus cuidadores. Guiados pela teoria de Orem do déficit de autocuidados, Cook, Pierce, Hicks e Steiner (2006) identificam numa pesquisa as necessidades de autocuidados, sobre as quais os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais acreditam que os cuidadores requerem informação mais frequente. As estatísticas descritivas revelaram que a demonstração de técnicas seguras de transferência foi a necessidade informativa mais frequentemente escolhida (82%), pelos inquiridos.

Porque os cuidadores/prestadores de cuidados informais são centrais no processo de reabilitação e nos resultados a longo-termo para os sobreviventes de AVC e porque a missão de cuidar é complexa e difícil implica que o cuidador precisa de amar para conseguir bem cuidar. Contudo, o cuidador familiar só poderá assumir de forma eficiente o seu papel se não estiver presente o risco de saúde, integridade e vida do doente (Silva & Gimens, 2000). Por isso, os cuidadores/prestadores de cuidados familiares de doentes vítimas de trombose/AVC que estão a iniciar o seu papel, têm que aprender novas capacidades e incorporar novos conhecimentos nas suas actividades diárias (Silva-Smith, 2007).

Similarmente Visser-Meily, Van Heugten, Post, Schepers e Lindeman (2005) fizeram uma revisão da literatura cujo objectivo era avaliar a eficiência de diferentes tipos

de programas de intervenção para cuidadores de doentes vítimas de AVC. Realizaram para o efeito uma busca sistemática em várias bases de dados e identificaram 22 estudos que avaliaram quatro tipos de programas de apoio: fornecimento de serviços especialistas, (psico) educação, aconselhamento e apoio social. Dez estudos relataram resultados positivos em um ou mais domínios: redução da depressão (dois estudos) e sobrecarga (um estudo), melhoria do conhecimento relativo ao AVC (cinco estudos), satisfação no que respeita à prestação de cuidados (um estudo), funcionamento da família (um estudo), qualidade de vida (três estudos), capacidade de resolução de problemas (dois estudos), actividades sociais (dois estudos), e apoio social (um estudo). Três estudos relataram resultados negativos. Não conseguiram identificar evidências suficientes para confirmar a eficiência das intervenções, mas os programas de aconselhamento (3 em cada 4) mostraram ter os resultados mais positivos.

A investigação de Pierce et al. (2004) realizada no noroeste de Ohio e no sudoeste de Michigan, estudou a exequibilidade do fornecimento de apoio e educação via Internet, a cuidadores que viviam em ambientes rurais, incluindo a sua satisfação relativamente à intervenção. Foi-lhes dado acesso ao programa de intervenção, Caring-Web, durante três meses. Foram recolhidos dados dos participantes através de entrevistas bimensais, assim como comunicação via correio electrónico/ *e-mail*. Os procedimentos foram testados e considerados válidos e os cuidadores mostram-se interessados e capazes de usar o Caring-Web.

Nem sempre dos cuidados comunitários provem prestação de serviços adequados. Simon e Kendrick (2002) num estudo sobre cuidados informais de doentes vítimas de AVC avaliaram a provisão de serviços e satisfação com diferentes aspectos de cuidados comunitários recebidos por estes cuidadores. A insatisfação foi expressa nos aspectos de treino, informação, comunicação entre cuidadores e serviços comunitários, velocidade de resposta, coordenação de serviços comunitários e apoio social. Os problemas de provisão de informação foram mais registados por aqueles doentes com maiores incapacidades e/ou cuidadores mais idosos.

Também, um estudo de Pierce (2001) levado a cabo dentro do Enquadramento de Organização Sistémica descrito por Friedemann, em que observou a prestação de cuidados e expressões de estabilidade de cuidadores familiares urbanos de doentes vítimas de AVC dentro de sistemas familiares afro-americanos, refere que para os cuidadores informais, as necessidades não satisfeitas e os problemas na prestação de cuidados podem ocorrer uma vez que os recursos esgotados são acompanhados pela degradação urbana em muitas comunidades.

Louie, Liu e Man (2006) criaram um grupo de educação para a saúde, num hospital universitário em Chicago como uma forma eficaz de transmitir um programa

baseado num conhecimento estruturado de AVC com o objectivo de aumentar o apoio emocional entre as vítimas da doença e os seus cuidadores. Sucessivamente desenvolveram um estudo em que o objectivo era explorar se o grupo de educação para a saúde poderia aumentar o conhecimento sobre o AVC, e melhorar o estado de saúde observável, em pessoas vítimas desta doença e os seus prestadores de cuidados/cuidadores, reduzindo desta forma, o *stress* induzido durante o processo de prestação de cuidados. Os resultados demonstraram um aumento significativo no conhecimento dos doentes em relação à trombose e dos seus cuidadores, mas não se verificaram melhorias similares no estado de saúde observável e no *stress* decorrente da prestação de cuidados.

Smith et al. (2004) promoveram um estudo a cuidadores de doentes vítimas de AVC um ano após o acidente e tanto os doentes como os cuidadores, encontravam-se mais ansiosos do que deprimidos. Nem a satisfação em relação à prestação de cuidados, nem a adopção de estratégias úteis para lidar com a situação, foram associadas a resultados positivos do cuidador. No entanto, os cuidadores não se mostraram relutantes em prestar cuidados.

### **Preparação para a alta versus para o acto de cuidar**

Nunes e Alves (2003) em consequência do exercício da sua actividade profissional como enfermeiras, especialmente vocacionada para cuidar do doente com AVC no Hospital defrontavam-se com famílias que apresentavam dificuldades em cuidar destes doentes depois da alta hospitalar e assim sendo realizaram um trabalho com o objectivo de conhecer as dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do doente com AVC depois da alta e a percepção das famílias acerca do papel do enfermeiro. Concluíram que as famílias dos doentes com AVC adoptaram estratégias para ultrapassar algumas barreiras, mas depararam-se com grandes dificuldades para cuidar destes doentes em casa. Estas dificuldades prenderam-se com aspectos inerentes à dinâmica familiar e outros relacionados com os apoios a nível hospitalar e dos serviços sociais, que são escassos. Descreveram, também, que os familiares reconhecem o papel do enfermeiro, identificando-o como elemento facilitador da sua aprendizagem.

É então relevante a preparação para alta hospitalar, vista como uma estratégia na Educação para a Saúde e que poderá ajudar a família a continuar com os cuidados depois da alta hospitalar. Num estudo descritivo de abordagem qualitativa, intitulado “A percepção dos cuidadores familiares em relação ao programa de alta hospitalar” o objectivo apontava para a análise de como a família cuidadora que assiste a doentes idosos vítimas de AVC, encarava o plano de alta hospitalar num hospital universitário. Foi

destacada a importância da interação do cuidador familiar no processo de recuperação do idoso quando quadro de AVC. As sugestões referidas pelos participantes como pontos de melhoria do Programa foram referentes a uma maior oferta de dias e de novas possibilidades de horários para os encontros grupais, bem como a estruturação de estratégias que tornassem obrigatória a participação do familiar ao programa. Os autores apelam para a implementação de programas similares em serviços de cuidados de saúde, no que diz respeito ao doente idoso com AVC e sua família (César & Santos, 2005). Também a confirmar este intento de que é relevante a preparação para a alta hospitalar estão os resultados do estudo de King e Semik (2006) numa Universidade de Medicina em Chicago. O período de hospitalização e os primeiros meses em casa foram mais difíceis para 76% dos cuidadores. As necessidades não supridas estavam relacionadas com a preparação do cuidador, promoção da função do sobrevivente e a sustentação do próprio e da família. Apesar de 50% ou mais dos cuidadores avaliarem a maioria dos recursos como importantes, apenas os cuidados de saúde ao domicílio foram usados por 50% dos cuidadores.

A comprovar a importância da preparação para alta destes protagonistas (doentes e cuidadores) está o estudo de Grasel, Schmidt, Bichler e Schupp (2006) “que realizaram uma investigação entre dois grupos em que um foi submetido a uma transição intensificada de cuidados terapêuticos ao fim de semana, ensino a acamados e informação estruturada aos familiares enquanto a segunda fase de reabilitação durante dois anos e meio após a alta hospitalar do doente vítima de trombose. O segundo grupo era apenas de controlo sem esta transição intensificada. Como conclusão os autores afirmam que os efeitos de um programa de transição intensificada podem fortalecer os cuidados domésticos, reduzindo a institucionalização e a mortalidade.

Nesta linha, Kalra et al. (2004a) num estudo efectuado a trezentas vítimas de trombose e seus cuidadores, em que estes foram acompanhados tendo em vista a preparação para a alta e comparados com outro grupo de controlo, constataram que os cuidadores que foram preparados para a alta, sentiram uma redução na sobrecarga, na ansiedade ou depressão e tinham uma maior qualidade de vida. Similarmente também os doentes do grupo dos cuidadores treinados relataram menos ansiedade, depressão e melhor qualidade de vida.

Para além de cuidar, o cuidador também se depara com outros factores que incluem a aceitação do diagnóstico, gestão de conflitos dentro da família, o lidar com o *stress* quotidiano e ainda o planear o futuro (Caldeira & Ribeiro, 2004).

Perlini e Faro (2005) efectuaram um estudo exploratório, no Noroeste do Estado do rio Grande do sul no Brasil que teve como objectivo a identificação e descrição da actividade dos parentes responsáveis pelos cuidados domésticos a pessoas

incapacitadas por um acidente vascular cerebral. A amostra incluiu 35 prestadores de cuidados familiares na sua maioria mulheres, esposas ou filhas. Os cuidados prestados estão directamente relacionados com o grau de incapacidade da pessoa que está a ser cuidada. As orientações recebidas indicaram a inexistência de compromisso dos profissionais na continuação dos cuidados. Os cuidadores aprenderam através da prática diária da prestação de cuidados baseada na observação e na assistência/ajuda aos enfermeiros durante o período de internamento. Os resultados do estudo mostraram que as dificuldades estão relacionadas com o esforço físico, a falta de informação, ao medo e à vergonha de lidar com o corpo de outrem. Foi observado um aumento na esperança de vida. Os autores animam para a necessidade de preparação para a alta hospitalar, enfatizando as famílias como um espaço concreto para o cuidado.

Um dos estudos sobre o impacto no estilo de vida e a tensão emocional, foi desenvolvido por Singh e Cameron (2005) realizado numa amostra de 48 cuidadores de doentes que sofreram uma trombose, e que mostrou que quanto mais elevado o nível de peso/responsabilidade, maior o impacto no estilo de vida e maior tensão emocional no cuidador. Contudo a quantidade de apoio, tanto instrumental como social, não melhorou o bem-estar emocional do cuidador. A sensação de mestria/domínio do cuidador moderou a relação entre o impacto no estilo de vida e o bem-estar emocional, assim como entre a satisfação e o bem-estar emocional do cuidador.

Sem dúvida a dificuldade da família diante do doente neurológico é grande. Logo justifica-se a necessidade da realização de visitas domiciliárias pós alta como forma de continuidade de tratamento, minimizando o desconhecimento e a insegurança da família em trabalhar com aparelhos ou outros materiais que o doente possa precisar após a alta hospitalar e orientado quanto às possíveis inter ocorrências na busca da independência do doente/família. Sendo possível ainda verificar a relação da família com o doente e a receptividade com a equipa (Resck, Terra, Telles, Calil & Silva 2006).

Também Sit, Wong, Clinton, Li e Fong (2004) salientam que durante o processo de reabilitação de uma trombose, a prestação de cuidados por parte da comunidade é um elemento importante. Aprender a viver com e a tomar conta de um membro familiar vítima de trombose é imensamente complexo e exigente. Sem o apoio apropriado, os cuidadores/prestadores de cuidados familiares correm o risco de verem a saúde geral piorar, tornando-se, eles próprios, doentes – o segundo da família.

Pois, qualquer que seja a doença, ela é sempre suposta de uma situação de crise, geradora de *stress* que produz efeitos na família, e como consequência danos no familiar alvo dos cuidados (Santos, 2005) e em muitos casos, o cuidador é uma pessoa frágil, já em idade avançada ou em vias de ficar doente e se não tiver um suporte poderá ser um futuro paciente (Leal, 2000). Por isso, é preciso que, quando se propuserem os cuidados

familiares, seja examinada a estrutura familiar na sociedade e na cultura em que estes cuidados devem ser desenvolvidos. O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante (Karsch, 2003a).

Azeredo (2003) num seu trabalho com cuidadores informais de doentes que sofreram AVC concluiu que a redistribuição de tarefas e papéis no agregado familiar é frequente quando a incapacidade persiste. Concluiu também que a conjugação do cuidar, das tarefas domésticas e por vezes da vida profissional podem levar o prestador de cuidados informais à exaustão se não obtiver um equilíbrio organizacional. Salaria que ajuda e compreensão dos profissionais de saúde e sociais; uma boa gestão de tempo; o aconselhamento e muitas vezes a ajuda económica, e o fornecimento de recursos materiais e humanos são essenciais no combate à fadiga do prestador de cuidados informais.

A duração das estadias nos hospitais tem vindo a diminuir, e os profissionais de saúde têm menos oportunidades para educarem convenientemente os doentes vítimas de AVC e as suas famílias, no que concerne aos autocuidados, antes do doente ter alta clínica. Conquanto a tensão emocional dos cuidadores é muito grande enquanto os seus familiares ainda se encontram no hospital. A testemunhar esta asserção o estudo de Hunt e Smith (2004) que se realizou num hospital de Londres um relato valioso da importância que a força dos relacionamentos tem nas famílias, durante este tempo difícil.

O relato dos estudos apresentado documenta entre outros a importância dos profissionais de saúde educarem os cuidadores familiares para o ato de cuidar, prevenindo desta forma o peso das implicações negativas inerentes ao cuidar de pessoas dependentes. Daí que em epítome, estamos em conformidade com Cattani e Perlini (2004) quando enfoca os profissionais de saúde, mormente o enfermeiro, como agentes transformadores na área da saúde que devem estar atentos na visita domiciliária não só ao idoso doente, mas também ao cuidador, para se aperceberem de uma forma mais ampla do processo saúde-doença, englobando os factores psicossociais de cada um, além de evidenciarem os motivos que tornaram os cuidadores como tal e os sentimentos e necessidades destes enquanto cuidam, proporcionando deste modo, qualidade de vida aos cuidadores e também ao familiar doente.

#### 4.2. CUIDAR DA FAMÍLIA QUE CUIDA

Na história, o envolvimento da família faz parte da enfermagem, com ênfase no apelo para que as famílias voltem a participar do cuidado de saúde. Todavia este apelo está sendo feito com muito mais conhecimento, sofisticação, respeito e colaboração do que em qualquer outra época da história da enfermagem (Wright & Leahey, 2009).

Isto porque a prática de enfermagem baseada em evidências implica o uso consciencioso, explícito e ponderado de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos, levando em consideração as necessidades individuais e preferências. Assim, o enfermeiro, utilizando sua competência clínica e as evidências disponíveis, realiza o planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem baseados em conhecimento científico, (Galvão, Sawada & Rossi, 2002).

Em consonância com estes pressupostos emerge a Enfermagem de Família, cujo principal objectivo é a assistência à família no sentido desta ser capaz de lidar com os fenómenos de saúde/doença, com ênfase nas respostas da família aos problemas de saúde reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2009), centrando-se na capacitação funcional face aos processos de transição por ela vivenciados, (Wright & Leahey, 2009) ” cit in Alves (2011, p.22).

A Enfermagem de Família prevê, a inclusão deliberada e com intencionalidade da família nos cuidados ao doente, promovendo a confiança e a participação destes nos cuidados, tem em conta as necessidades da família como um todo e não apenas de cada um dos seus membros, reconhece o impacto que as crises interpessoais têm na saúde da família e enfatiza o apoio às famílias de modo a que sejam estas a encontrar soluções para os problemas encontrados (Barbiéri, 2002).

Um programa de saúde da família deve ter como propósito a superação da visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e colectiva, onde a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensado de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar (Oliveira & Gusmão, 2004).

Deste modo os enfermeiros assumem um papel relevante como defensores da saúde em todos os níveis da comunidade, promovendo o desenvolvimento de parecerias, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família, cuidando dela como uma unidade de cuidados. É de denotar a necessidade emergente do desenvolvimento de práticas centradas na família como unidade de intervenção do enfermeiro no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, associando o domínio de

novas técnicas que permita a intervenção na complexidade dos contextos (Martins, 2003).

Este paradigma conduz à advocacia em saúde visando conquistar o apoio e o compromisso político de instâncias decisórias, a aceitação social e os espaços de discussão e de actuação em favor da saúde (Canel & Castro, 2008), bem como a valorização do processo de capacitação e educação da família. Uma vez a família capacitada pode exigir os seus direitos, exercer a sua cidadania de forma plena, garantir um cuidado de qualidade para os seus membros mais fragilizados, tomar decisões compartilhadas com os enfermeiros que os atendem e estar efectivamente incluída no processo de cuidar. Estas decisões, centradas na generosidade e dedicação, podem servir como fonte de reflexão e acção no desenvolvimento do processo de empoderamento comunitário.

A família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde é enfatizada nas directrizes da OMS (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000, nas prioridades para a saúde do Ministério da Saúde, apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004), e na Ordem dos Enfermeiros, expressas no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), cit in (Barbieri et al., 2009). Também o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 reafirma as estratégias centradas na família e no ciclo de vida, na gestão da doença ou enfermidades, para se obter mais ganhos em saúde. Daí que surge necessidade emergente do desenvolvimento de práticas centradas na família como unidade de intervenção do enfermeiro no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, associando o domínio de novas técnicas que permita a intervenção na complexidade dos contextos (Martins, 2003), porquanto a capacitação do cuidador facilita a gestão da doença, regula a utilização de serviços de saúde, e melhora a qualidade de vida (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

Sendo a crescente sofisticação da enfermagem de família tem aumentado a consciência para a necessidade de haver mais e melhores estratégias de avaliação da família (Hanson, 2005). “A aprendizagem de como fazer a transição de uma perspectiva individualista *cuidar o indivíduo* para o pensar *cuidar da família* pode ser facilitada com a utilização de um suporte conceptual ou teórico que oriente para a avaliação e intervenção, para a promoção da saúde, tratamento e reabilitação nas famílias (Araújo, 2010, p.65)”. Neste âmbito, destaca-se o Modelo de Calgary que envolve a avaliação (MCAF) e intervenção (MCIF) na família.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) tem sido reconhecido mundialmente e é o primeiro modelo que surge no âmbito da enfermagem (Wright & Leahey, 2009). Cada membro da família é visto como uma unidade de um sistema,



sendo evidenciada a interacção entre os seus membros e não apenas em cada indivíduo separado. Cada membro é um subsistema num sistema.

Baseado nos fundamentos teóricos que englobam não apenas o conceito de sistemas, mas também “cibernética, comunicação e mudança”, Wright & Leahey (2009, p.45) advogam abarcar três categorias básicas na valiação da família: estrutural, de desenvolvimento e funcional que por sua vez se subdividem em diferentes subcategorias:

- **Estrutural:** *Interna* - Composição familiar, Género, Orientação sexual, Ordem de nascimento, Subsistemas, Limites; *Externa* - Famílias extensas, Sistemas mais amplos; *Contexto* - Etnia, Raça, Classe social, Religião e/ou Espiritualidade, Ambiente), sendo o genograma e o ecomapa instrumentos úteis para delinear as estruturas internas e externas da família;

- **De desenvolvimento:** *Estágios; Tarefas; Vínculos;*

- **Funcional:** *Instrumental* - Actividades de vida diária; *Expressiva* - Comunicação emocional, Comunicação não-verbal, Comunicação circular, Solução de problemas, Papéis, Influência e poder, Crenças, Alianças e Uniões (Wright & Leahey (2009).

No contexto português é de resaltar a investigação de Figueiredo (2009) na co-construção de um modelo conceptual e orientador na tomada de decisão face às práticas com as famílias (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MDAIF) que pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da enfermagem de família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação e prática. Suportado pelos pressupostos da enfermagem de família, em particular pelo Modelo da Família de Calgary (MCAF) e Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), mas também pelas experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de acção com as famílias. A autora salienta nas conclusões do seu estudo que o aperfeiçoamento da enfermagem de família, enquanto área de conhecimento e de práticas, ajudará o desenvolvimento de políticas de saúde mais conducentes à efectivação de cuidados de enfermagem centrados na família, como unidade sistémica, assim como propiciará a regulação legal do papel do enfermeiro de família, pelo reconhecimento de um espaço de intervenção autónomo.

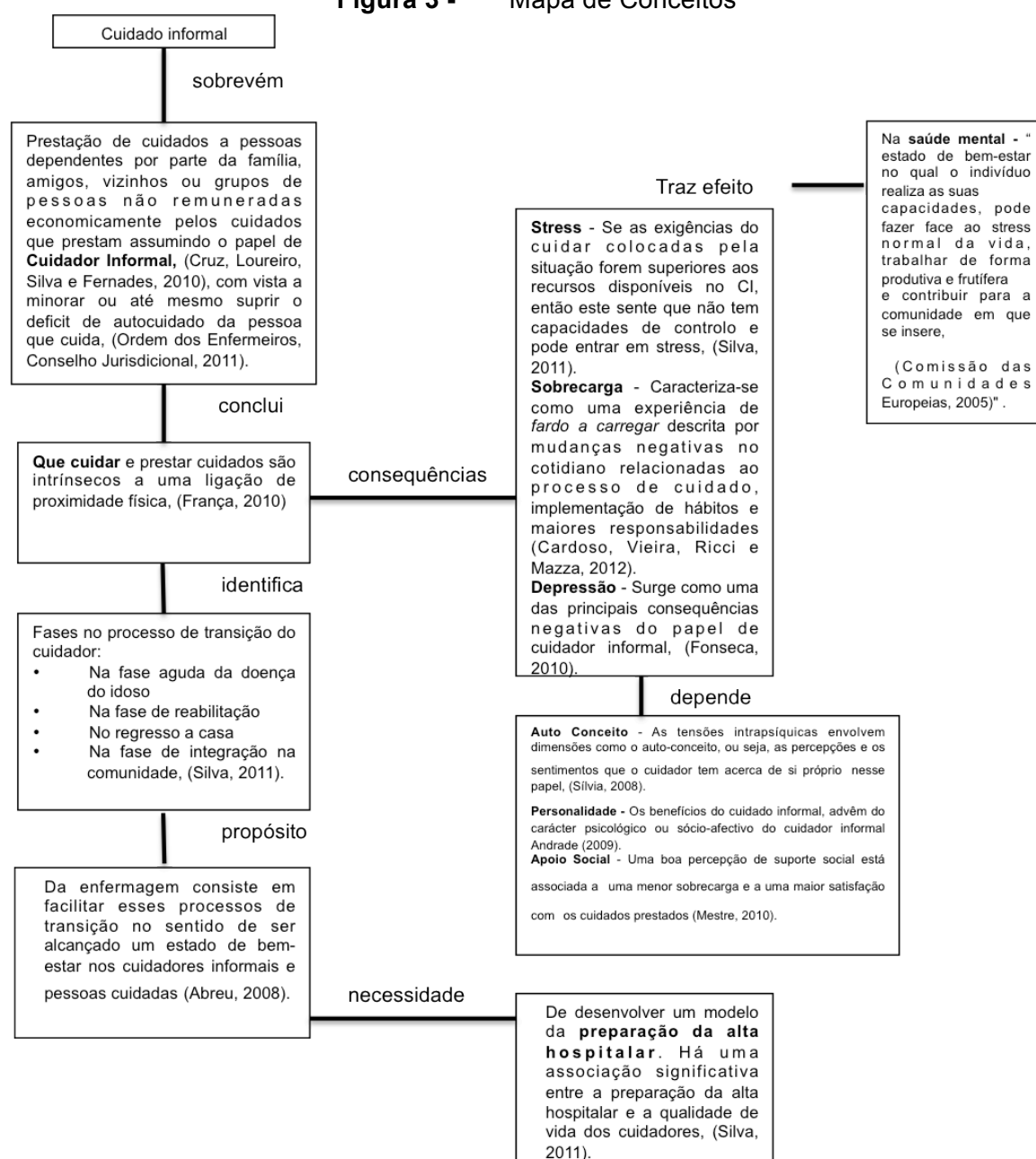
Em síntese, a família do idoso dependente de cuidados é foco de atenção particular e sustenta a operacionalização de uma avaliação familiar integral, com reconhecimento da estrutura, do desenvolvimento de tarefas, do funcionamento, de actividades, de estilos de comunicação e vínculos decorrentes da fase do seu ciclo vital.

Tal indigita que a família apresenta carências que vão desde os aspectos materiais até aos emocionais, passando pela necessidade de informação. O aspecto material abrange recursos financeiros, questões de residência, transporte e acesso a

serviços de saúde. Por outro lado, a família -cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao doente. Além disso, é importante o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que assegurem qualidade de vida dos cuidadores principais (Caldas, 2000).

Na Figura 3 em jeito de conclusão integrativa da revisão da narrativa efectuada, mapeamos alguns conceitos e sua interligação como forma de clarificar o estado da arte sobre o estudo: **“Estado de Ânimo e Saúde Mental dos Cuidadores Informais: Contributos para melhor cuidar”**.

**Figura 3 - Mapa de Conceitos**



Em epílogo, o cuidador familiar é o elo mais importante em toda a cadeia de apoio assistencial aos idosos dependentes (Borges, 2009). No entanto, é fundamental que a família seja percebida não apenas como um recurso na reabilitação do idoso mas como alvo de atenção e cuidados. O acto de cuidar conduz a desgastes significativos para a saúde do cuidador, os quais, se não valorizados e suavizados, podem levá-lo à condição de cronicidade, passando de cuidador a pessoa a ser cuidada. É importante que os enfermeiros saibam e reconheçam que *“neste contexto, a enfermagem em cuidados de saúde primários, pela natureza de cuidados de saúde que presta, actua adoptando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais. Reconhece ainda a importância dos saberes/competências e a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efectivo trabalho em equipa e em parceria”*, (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 3), mantendo-se a intenção essencial de cuidar como resposta ao que a pessoa/grupo/comunidade necessita. Esta matriz pode, também, ajudar a explicitar os fenómenos em estudo e o objecto de estudo da investigação clínica de enfermagem, encontrando problemáticas que se situam no cruzamento de tipos de transição e dimensões do cuidar (Basto, 2012).



**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**



## 5. METODOLOGIA

A metodologia é sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda acção desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa (Bello, 2005). Deste modo a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho cuja descrição das actividades conducentes à realização da investigação, enfocam principalmente as decorrentes do desenho de investigação (Fortin, 2009).

### 5.1. ENQUADRAMENTO E DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO

A segunda parte desta tese integra a investigação empírica que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias concretizadas para estudar o *Estado de Ânimo e Saúde Mental numa amostra de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes Pós-Acidente Vascular Cerebral*.

O tipo de estudo delineado, e analogamente ao que ocorre na maioria de investigações com amostras comunitárias, tem as características dos estudos quantitativos, em corte transversal, de natureza descritiva e análise correlacional-explicativa, com o qual se procura estudar o modo como variáveis pessoais e situacionais se repercutem *estado de ânimo e saúde mental, do cuidador informal*.

O seu desenho insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar (Hill & Hill, 2000). Pretende-se, deste modo, descrever as características de uma determinada população (cuidadores) ou fenómeno funcionamento mental e estudar a relação entre as variáveis. Utilizámos a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objectivas no que respeita às variáveis em estudo, susceptíveis de serem conhecidas, (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Uma das vantagens dos estudos retrospectivos, é a aplicação dos questionários auto-administrados, método a que recorreremos para a colheita de informação. Alguns autores (Hill & Hill, 2000; Lobiondo-Wood & Haber, 2001; Sampieri, Collado & Lucio, 2006) referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto-administrado, não existem intermediários, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação engloba as seguintes características: Segue métodos do estudo de análise quantitativa – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação; Insere-se no tipo de investigação não experimental - pois não procuramos manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, ou seja proporcionar ou certo sentido de causalidade, (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Trata-se de estudo transversal, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (Campana et al., 2001, p.129).

Possui as características de um estudo *descritivo* e correlacional - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri, Collado & Lucio, 2006), ou como refere Fortin (2009) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador interfira activamente para influenciar estas variáveis.

É um estudo explicativo – sendo seu propósito responder às causas dos eventos, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar porque ocorre uma boa ou má saúde mental, como esta é influenciada pelas variáveis e como estas variáveis se relacionam com o funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental), dos cuidadores informais.

É um estudo com características epidemiológicas – uma vez que adopta, como unidade de estudo, o conjunto de indivíduos e procura analisar como os fenómenos que são motivo da sua preocupação se distribuem nesse conjunto.

Assim, tendo por base a revisão narrativa realizada definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formuladas. Iremos deste modo, descrever os objectivos do estudo, as questões de investigação, hipóteses e variáveis em estudo, os instrumentos de colheita de dados, amostra e procedimentos implicados na condução do estudo.



## 5.2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 2009).

Considerámos pertinente relacionar as variáveis sociodemográficas, psicológicas e do contexto familiar bem como a sobrecarga do cuidador com o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais. Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, como sejam:

- Caracterizar o contexto sociodemográfico dos cuidadores informais;
- Avaliar a sobrecarga, o estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores informais;
- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas com o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais;
- Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais;
- Determinar se as variáveis de contexto sociofamiliar (funcionalidade familiar e apoio social) têm efeito significativo no estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores informais;
- Analisar a influência da preparação para a alta e a preparação para o acto de cuidar com o estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores informais;
- Identificar o tipo e o grau de dependência do idoso cuidado;
- Verificar se o tipo e grau de dependência da pessoa cuidada têm efeito significativo na predição do funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental) dos cuidadores informais;
- Identificar as variáveis preditoras do estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais.

Pretende-se assim produzir evidências sobre a predição do Estado de Ânimo e da Saúde Mental pelas variáveis psicossociais, revelando as que afectam o ajustamento psicossocial dos cuidadores informais.

### 5.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, VARIÁVEIS EM ESTUDO E HIPÓTESES

As questões de investigação servem de base à formulação do problema de investigação (Fortin, 2009).

Nesta perspectiva tendo por base a estrutura teórica de referência e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e a nossa observação da realidade, pareceu-nos pertinente incluir para além da pergunta de partida a formulação das seguintes questões de investigação:

- Será que as variáveis sociodemográficas (idade sexo, estado civil, grau de parentesco, situação laboral, zona de residência, nível socioeconómico) influenciam o estado de ânimo e a saúde mental do cuidador informal?
- Em que medida as variáveis sociofamiliares (apoio social e funcionalidade familiar) influenciam o estado de ânimo e a saúde mental do cuidador informal?
- Qual o efeito das variáveis psicológicas (personalidade, autoconceito, vulnerabilidade ao *stress*) no estado de ânimo e na saúde mental do cuidador informal?
- De que modo a sobrecarga do cuidador informal está associada com o estado de ânimo e a saúde mental do cuidador informal?
- Será que a percepção que o cuidador informal tem do acto de cuidar influencia o estado de ânimo e a saúde mental?
- Existirá relação entre a preparação para a alta efectuada pela equipa de saúde durante o internamento, e o estado de ânimo e a saúde mental do cuidador informal?
- Existe efeito do tipo e o grau de dependência do idoso cuidado no estado de ânimo e a saúde mental do cuidador informal?

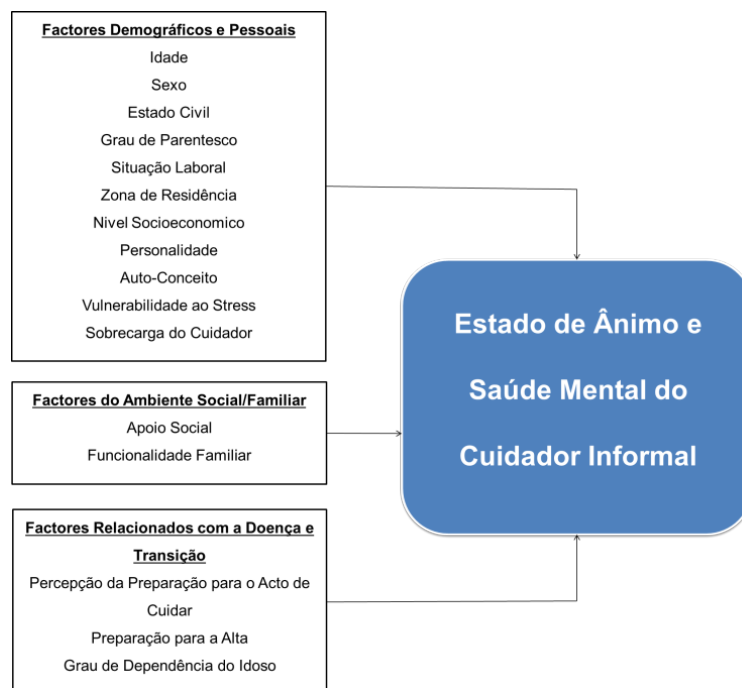
Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para um problema tão complexo, mas será mais um contributo a juntar a todos os outros estudos que pretenderam dar a conhecer e a compreender melhor as múltiplas implicações que factores externos, como por exemplo a funcionalidade familiar e o apoio social e factores internos como a vulnerabilidade ao *stress*, autoconceito e personalidade entre outros possam ter no estado de ânimo e saúde mental dos Cuidadores Informais.

Nesta perspectiva e tendo em conta a revisão teórica e os objectivos elaboramos a representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estudar entre as variáveis.

A Figura 4 pretende aclarar as dinâmicas explicativas das inter-relações das variáveis independentes com as dependentes (estado de ânimo e saúde mental)

orientando a resposta às questões levantadas sobre a problemática do funcionamento mental dos cuidadores informais que participaram no estudo.

**Figura 4 -** Representação esquemática da relação das variáveis



Vários autores apresentam-nos múltiplas definições de hipóteses de investigação, todas elas sustentadas num mesmo princípio, de relação entre as variáveis. Huot (2002, p.53) refere que a “hipótese é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. É uma suposição que antecede a constatação dos factos e tem como característica uma formulação provisória; deve ser testada para determinar a sua validade”.

Face às questões de investigação equacionaram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1 (H<sub>1</sub>)** – Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade; sexo; zona de residência e nível socioeconómico) e o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais.

**Hipótese 2 (H<sub>2</sub>)** – As variáveis psicológicas (vulnerabilidade ao stress; autocuidado e personalidade) têm efeito significativo no estado de ânimo e saúde mental, dos cuidadores informais.

**Hipótese 3 (H<sub>3</sub>)** – A sobrecarga associa-se com o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais.

**Hipótese 4 (H<sub>4</sub>)** – O tipo e grau de dependência da pessoa portadora de AVC tem efeito significativo no estado de ânimo e saúde mental, dos cuidadores informais.

**Hipótese 5 (H<sub>5</sub>)** – As variáveis de contexto sociofamiliar (funcionalidade familiar e apoio social) têm efeito significativo no estado de ânimo e saúde mental, dos cuidadores informais.

**Hipótese 6 (H<sub>6</sub>)** – As características da preparação para a alta influenciam o estado de ânimo e saúde mental, dos cuidadores informais.

**Hipótese 7 (H<sub>7</sub>)** – A preparação para o acto de cuidar tem efeito significativo no estado de ânimo e saúde mental, dos cuidadores informais.

**Hipótese 8 (H<sub>8</sub>)** – As variáveis idade, nível socioeconómico, funcionalidade familiar, sobrecarga, apoio social, autoconceito, características da personalidade, vulnerabilidade ao stress, idade da pessoa dependente e o índice de dependência predizem o estado de ânimo dos cuidadores informais.

**Hipótese 9 (H<sub>9</sub>)** – As variáveis idade, nível socioeconómico, funcionalidade familiar, sobrecarga, apoio social, autoconceito, características da personalidade, vulnerabilidade ao stress, idade do idoso dependente e índice de dependência predizem a saúde mental dos cuidadores informais.

Tendo em consideração a importância do estudo delineado no qual se centra toda a investigação do tema que nos propusemos trabalhar, pelo interesse pessoal que temos por esta problemática fomos levados a introduzir, no protocolo, escalas e questionários que, podem aprofundar o estudo que nos propusemos realizar.

#### 5.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo, bem como os objectivos a atingir, foi necessário seleccionar instrumento de recolha de dados, que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar. Refere Sampieri, Collado e Lúcio (2006) que o método de recolha de dados a utilizar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis em estudo e pelas estratégias de análise estatística a realizar. Foi com base nestes pressupostos que planeamos efectuar a recolha de informação, tendo como suporte um conjunto de questionários e escalas que permitem avaliar entre outros aspectos o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral.

Assim, a primeira secção é dedicada à caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais e nível socioeconómico. A segunda suporta a colheita de dados sobre a preparação do cuidador para a alta do idoso. A terceira visa colher informação sobre um conjunto de variáveis de natureza sociofamiliar e suporte social do cuidador. Na quarta inquirimos sobre um conjunto de variáveis relacionadas com as dimensões

psicológicas do cuidador, e na última parte um questionário dirigido ao idoso dependente e exploramos dados conducentes ao conhecimento do grau de dependência do idoso (c.f. Anexo III).

### ***Dados Pessoais do Cuidador/ Nível Socioeconómico***

Esta secção é composta por um conjunto de questões que permitem colher informação acerca da idade, sexo, estado civil, grau de parentesco com a pessoa que cuida, situação laboral, zona de residência e a toma da medicação para dormir. Incluiu-se ainda a Escala de Graffar para avaliar o Nível Socioeconómico.

A *Escala de Graffar*, criada pelo autor que lhe deu o nome, é um instrumento de caracterização demográfica amplamente utilizado nas ciências sociais e humanas, (Moniz, 2007). A versão portuguesa assume-se como um dos instrumentos de avaliação social mais utilizado no nosso país (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2001).

A *escala de Graffar* permite mensurar a variável nível socioeconómico da seguinte forma:

- Classe I - Família de classe *superior alta*, com nível socioeconómico  *muito bom*, aquela que apresenta um score total *entre 5 a 9 pontos*;
- Classe II - Família de classe *superior baixa*, com nível socioeconómico *bom*, aquela que apresenta um score total *entre 10 a 13 pontos*;
- Classe III - Família de *classe média*, com nível socioeconómico *razoável*, aquela que apresenta um score total *entre 14 a 17 pontos*;
- Classe IV - Família de *classe inferior alta*, com nível socioeconómico *reduzido*, aquela que apresenta um score total *entre 18 a 21 pontos*;
- Classe V - Família de classe *inferior baixa*, com nível socioeconómico *mau*, aquela que apresenta um score total *entre 22 a 25 pontos*.

Inferindo-se que á medida que o score da Escala de Graffar aumenta, o nível socioeconómico que lhe corresponde é pior.

### ***Resultados psicométricos do estudo da Escala de Graffar***

Na validação da Escala de Graffar obtivemos um índice alfa de Cronbach de 0.725 para a totalidade da escala, valor considerado razoável, sendo que os valores da consistência variam entre 0.611 e um máximo de 0.716 (cf. Quadro 8).

**Quadro 8 - Consistência interna itens da Escala de Graffar**

Item	Média	DP	r/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1)	4.25	1.251	0.594	0.637
2)	3.52	2.138	0.631	0.611
3)	3.39	0.866	0.418	0.702
4)	2.77	0.681	0.477	0.691
5)	2.44	0.661	0.382	0.716
Nota global				<b>0.725</b>

### ***Preparação do Cuidador para a Alta do Idoso***

O planeamento da alta coordena a transição do doente, do hospital para o domicílio, e garante a continuidade absoluta dos cuidados (Phipps, Sands & Marek, 2003). O planeamento da alta prepara o doente e família para a transição de um local de prestação de cuidados para outro, e inclui a avaliação das necessidades do doente, na alta, tomar disposições e fazer marcações de consultas para fins de acompanhamento e assistência, e coordenar os vários serviços de profissionais e voluntários a ser usados nos cuidados ao doente no domicílio.

Neste âmbito, o Instrumento de Colheita de Dados inclui variáveis “*Preparação para a Alta e Percepção da Preparação para o Acto de Cuidar*” para as quais foram elaboradas quatro questões fechadas e uma mista.

### ***Dinâmica Familiar e Apoio Social***

#### ***Escala de Apgar Familiar***

A funcionalidade familiar elucida sobre a dinâmica familiar e a qualidade da relação do utente com os seus familiares (Azeredo & Matos, 1989).

Para a avaliação da funcionalidade familiar utilizou-se a Escala de Apgar Familiar, elaborada por Smilkstein, Ashworth e Montano (1978) cit. in Azeredo e Matos (1989) que mede a existência de disfunção familiar e o grau desta, através de 5 questões, com possibilidades de resposta (quase sempre; algumas vezes e quase nunca). Consideramos uma família altamente funcional aquela que apresenta um score total entre 6 a 10 pontos, uma família moderadamente funcional a que apresenta um score de 3 a 6 e uma família com disfunção acentuada aquela que apresenta um score de 0 a 2.

Esta escala permite caracterizar os componentes da função familiar em:

- Adaptação intrafamiliar – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;

- Participação/comunicação – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- Crescimento/desenvolvimento – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- Afecto – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- Resolução/dedicação ou decisão – Reflecte o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também, uma decisão na partilha de bens e espaço.

Como nota referenciamos que esta escala somente avalia o grau de satisfação familiar sentido e exprimido pelo sujeito.

A escala mostrou ter uma boa fiabilidade: consistência interna (0.84), fiabilidade teste-retest (validação espanhola 0.75) (López, Álvaro, Santos, Sánchez & Colomina, 2002).

#### *Resultados psicométricos do estudo da Escala de Apgar Familiar*

A consistência interna do nosso instrumento revela um alfa de Cronbach de 0.824, sendo uma boa consistência interna, sendo os valores de cada item razoáveis e bons variando entre 0.767 e um máximo de 0.836 (cf. Quadro 9).

**Quadro 9 -** Consistência interna itens da Escala de Apgar Familiar

Item	Média	DP	r/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1)	1.33	0.660	0.686	0.769
2)	1.19	0.690	0.669	0.773
3)	1.20	0.687	0.604	0.793
4)	1.29	0.662	0.696	0.767
5)	1.38	0.675	0.448	0.836
<b>Nota global</b>				<b>0.824</b>

#### *Escala de Apoio Social*

O apoio social, na opinião de Matos e Ferreira (2000), cit in Nunes (2005, p. 135) é caracterizado “como um construto multidimensional e de se considerarem os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde”. Esta variável foi avaliada através da Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000), e operacionalizada em apoio informativo (itens: 1, 6, 7, 8, 9,10), apoio emocional (itens: 2, 3, 4, 5, 11) e apoio instrumental (itens: 12, 13, 14, 15, 16).

Esta escala engloba um conjunto de dezasseis questões, avaliadas segundo uma escala do tipo “Likert”. Permite cinco possibilidades de resposta (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito, concordo muitíssimo), a que se atribui

uma pontuação de um a cinco, correspondendo este último valor a níveis mais elevados de Apoio Social, excepto para os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16, que pela forma como estão formuladas, devem ser cotados inversamente. Os itens estão formulados para medir as três principais funções do Apoio Social, designadamente o Apoio Informativo, o Apoio Emocional e o Apoio Instrumental.

A escala mostrou ter uma boa fiabilidade. As autoras obtiveram um Alpha de Cronbach de 0.849 para uma amostra de 214 indivíduos e uma correlação teste-reteste de 0,957 para um intervalo mínimo de um mês. Uma análise factorial com rotação ortogonal do tipo varimax revelou existência de três factores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 49.88% da sua variância.

- Factor 1 – “apoio informativo” (que inclui o conselho e a informação que facilita os esforços de resolução de problemas) – itens 1, 6, 7, 8, 9, 10, contribuiu para 32,376% da variância total.

- Factor 2 – “apoio emocional” – itens 2, 3, 4, 5, 11, explica 8,933% da variância total.

- Factor 3 – “apoio instrumental” (que auxilia na resolução dos problemas em concreto) – itens 12, 13, 14, 15, 16, contribui para explicar 8.571% da variância total.

As pontuações podem variar de 16 a 80, sendo os valores médios para a população portuguesa em geral de 64.874 (Dp=8.322) (Matos & Ferreira, 2000).

#### *Resultados psicométricos do estudo da Escala de Apoio Social*

No estudo da consistência interna da escala, determinamos os índices de *Alfa de Cronbach*, que nos indicam uma consistência *boa* na nota global do Apoio social ( $\alpha=0.892$ ). Face as dimensões obteve-se uma consistência interna razoável no Apoio Emocional ( $\alpha=0.766$ ) e no Apoio Instrumental ( $\alpha=0.755$ ), e boa no Apoio Informativo ( $\alpha=0.815$ ) (cf. Quadro 10).



**Quadro 10 -** Consistência Interna relativas à Escala de Apoio Social

ITENS	Média	DP	Alfa de Cronbach
1)	3.27	1.096	0.884
2)	3.91	1.044	0.887
3)	3.53	0.971	0.882
4)	3.45	1.010	0.881
5)	3,97	1,014	0,886
6)	3.53	0.961	0.883
7)	3.49	0.886	0.886
8)	3.32	0.953	0.889
9)	3.29	0.992	0.891
10)	3.69	0.951	0.881
11)	3.20	1.119	0.886
12)	3.77	1.120	0.888
13)	3.96	1.106	0.888
14)	3.91	1.055	0.885
15)	3.16	1.058	0.892
16)	3.69	1.294	0.889
Escala de Apoio Social (nota global)			<b>0.892</b>
Apoio informativo			<b>0.815</b>
Apoio Emocional			<b>0.766</b>
Apoio Instrumental			<b>0.755</b>

### ***Dimensão Psicológica***

A quarta secção do Protocolo de Colheita de Dados é constituída pelo Inventário de Personalidade, Inventário Clínico de Autoconceito, Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, Escala de Vulnerabilidade ao Stress, Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Rastreio em Saúde Mental e têm como finalidade avaliar os constructos psicológicos relativos ao cuidador.

#### ***Inventário de Personalidade***

O Eysenck Personality Inventory (E.P.I.) é um Inventário de Personalidade criado por Eysenck e Eysenck (1964) com o objectivo de medir as dimensões da personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional e Extroversão-Introversão. Utilizámos a versão portuguesa do E.P.I. aferida por Vaz Serra, Ponciano e Freitas (1980).

Estas dimensões são consideradas fundamentais dentro de uma classificação tipológica da personalidade...para qualquer uma das dimensões referidas admite-se, no entanto, que o indivíduo se possa localizar num dado ponto dessa dimensão e, consoante o lugar que ocupa, há a possibilidade de ser considerado um introvertido de neuroticismo baixo ou elevado, o mesmo acontecendo com a extroversão. Considera-se que um introvertido é um indivíduo voltado para o mundo interior e subjectivo, enquanto o extrovertido se encontra atento ao mundo exterior e objectivo (Vaz-Serra, Ponciano & Freitas 1980, p. 127) ”.

O E.P.I. não possui perguntas elaboradas na negativa e tem ainda uma *escala de mentira*, que serve para excluir os indivíduos que desejam dar respostas socialmente desejáveis.

O inventário é instituído por 57 questões, sendo que 9 correspondem à escala de mentira e as restantes, às duas dimensões referidas. Cada uma das questões admite como resposta sim ou não.

Para medição da variável personalidade, analisámos manualmente a escala. Colocámos um acetato sobre a mesma composta por símbolos de três cores – vermelho para o neuroticismo, azul para a extroversão e verde para a mentira. Se a cruz de uma resposta coincidir com um símbolo, a essa resposta é dado a pontuação de um valor de acordo com a cor.

A pontuação total para a dimensão neuroticismo/estabilidade emocional (N), é cotada de 0 a 24, a extroversão/introversão (E), é também cotada de 0 a 24 e a mentira (L) é cotada de 0 a 9.

#### *Resultados psicométricos do estudo do Inventário de Personalidade*

Quanto às características do inventário da personalidade, no que respeita à fidelidade do instrumento, no aspecto da consistência interna, os coeficientes de alfa de Cronbach variam de 0.780 a 0.755. O alfa de Cronbach para a totalidade dos itens apresenta o valor razoável de 0.769. Convém lembrar que estamos a proceder à determinação da consistência interna de um inventário que mede um constructo com três dimensões autónomas, sem um valor global, daí o facto de aparecerem também correlações negativas. Esta característica do instrumento leva-mos a estudar a consistência interna de cada uma das dimensões *per si*.

No estudo das subescalas de cada dimensão encontrámos valor de alfa de Cronbach inferiores ao valor total nas três dimensões, com alfas de Cronbach de fraco no neuroticismo ( $\alpha=0.447$ ) e na Escala da Mentira ( $\alpha=0.312$ ) e um valor razoável na Extroversão ( $\alpha=0.744$ ) (cf. Quadro 16). Os resultados obtidos com a aplicação da fórmula de Kuder-Richardson foram de 0.839; 0.695 e 0.519 respectivamente para o Neuroticismo, Extroversão e Escala de Mentira.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Os autores da escala utilizaram a fórmula de Kuder-Richardson para determinar a fidelidade da escala. Com este método mede-se o mesmo factor ou as mesmas combinações de factores na mesma proporção e serve assim para analisar a homogeneidade que existe, psicologicamente para todas as questões que constituem a escala (Vaz-Serra, A.; Ponciano, E. & Freitas, F., 1980).

**Quadro 11 - Consistência interna dos itens do Inventário da Personalidade**

Item	Média	DP	r/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1. Anseia frequentemente por excitação?	0.301	0.459	0.283	0.763
2. Precisa, com frequência, de pessoas amigas compreensivas para lhe levantarem o ânimo?	0.602	0.489	0.308	0.762
3. É, normalmente, uma pessoa “descontraída”?	0.625	0.484	0.221	0.780
4. Custa-lhe muito receber um “não” como resposta?	0.613	0.487	0.259	0.765
5. Pensa sempre bem antes de fazer qualquer coisa?	0.790	0.407	0.050	0.774
6. Se disser que fará qualquer coisa cumpre sempre a promessa, por mais inconveniente que lhe seja fazê-lo?	0.761	0.426	0.015	0.773
7. O seu estado de humor varia com frequência?	0.540	0.498	0.468	0.757
8. Geralmente, faz e diz as coisas rapidamente e sem pensar?	0.418	0.493	0.274	0.764
9. Sente-se, às vezes, infeliz, sem motivo para isso?	0.577	0.494	0.375	0.760
10. Seria capaz de fazer fosse o que fosse por uma questão de desafio?	0.237	0.425	0.220	0.766
11. Sente-se subitamente envergonhado(a) quando quer falar com um(a) desconhecido(a) atraente?	0.460	0.498	0.218	0.766
12. De vez em quando perde a cabeça e zanga-se?	0.778	0.415	0.279	0.764
13. Age, muitas vezes, sob o impulso do momento?	0.614	0.487	0.355	0.762
14. Preocupa-se frequentemente com as coisas que não deveria ter feito ou dito?	0.699	0.458	0.312	0.769
15. Geralmente, prefere ler a encontrar-se com pessoas?	0.336	0.472	0.107	0.761
16. Ofende-se com bastante facilidade?	0.426	0.494	0.074	0.771
17. Gosta muito de sair?	0.506	0.500	0.297	0.763
18. Tem, ocasionalmente, pensamentos e ideias que não gostaria que os outros conhecessem?	0.460	0.498	0.411	0.759
19. Sente-se, às vezes, cheio(a) de energia e, outras vezes, muito apático(a)?	0.673	0.469	0.065	0.769
20. Prefere ter poucos mas bons amigos?	0.956	0.205	0.292	0.763
21. Costuma “sonhar acordado”?	0.547	0.498	0.251	0.765
22. Quando as pessoas berram consigo, também lhes berra?	0.553	0.497	0.428	0.758
23. É frequentemente perturbado(a) por sentimentos de culpa?	0.349	0.477	0.008	0.773
24. Os seus hábitos são todos bons e desejáveis?	0.471	0.499	0.052	0.775
25. Consegue distrair-se e divertir-se numa festa animada?	0.673	0.469	0.326	0.761
26. Considera-se uma pessoa tensa e “nervosa”?	0.556	0.623	0.175	0.773
27. Os outros consideram-no(a) uma pessoa com muita vivacidade?	0.663	0.473	0.129	0.763
28. Depois de ter feito algo de importante, sente, com frequência, que podia ter feito melhor?	0.668	0.472	0.393	0.767
29. Fica a maior parte do tempo calado(a) quando está com outras pessoas?	0.361	0.481	0.107	0.769
30. Às vezes é bisbilhoteiro(a)?	0.500	0.626	0.432	0.758
31. Costuma ter tantas ideias na cabeça que não consegue dormir?	0.485	0.473	0.069	0.771
32. Se há alguma coisa que pretende saber, prefere procurar um livro a conversar com alguém sobre o assunto?	0.338	0.472	0.403	0.759
33. Costuma ter palpitações ou sentir o coração a bater muito?	0.537	0.481	0.013	0.773
34. Gosta do tipo de trabalho que exige muita atenção?	0.506	0.500	0.067	0.771
35. Costuma ter crises em que sente o corpo a tremer?	0.380	0.486	0.385	0.761
36. Declararia sempre tudo na alfândega, mesmo que soubesse que nunca o (a) descobririam?	0.606	0.489	0.207	0.766
37. Detesta estar com um grupo em que se pregam partidas aos outros?	0.514	0.500	0.237	0.765
38. Considera-se uma pessoa irritável?	0.308	0.462	0.079	0.770
39. Gosta de fazer coisas em que precisa de actuar depressa?	0.492	0.500	0.051	0.771
40. Costuma preocupar-se com coisas desagradáveis que poderiam acontecer?	0.713	0.452	0.386	0.760
41. Considera-se uma pessoa lenta e sem pressa na sua vida quotidiana?	0.281	0.450	0.088	0.769
42. Já alguma vez chegou atrasado(a) a um encontro ou ao trabalho?	0.605	0.489	0.343	0.761
43. Costuma ter muitos pesadelos?	0.369	0.483	0.135	0.768
44. Gosta tanto de conversar com pessoas, que nunca perde uma oportunidade de falar com um desconhecido?	0.243	0.429	0.508	0.755
45. Costuma sentir-se perturbado(a) com dores?	0.504	0.500	0.162	0.767
46. Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse contactar com muita gente a maior parte do tempo?	0.627	0.483	0.191	0.776
47. Considera-se uma pessoa “nervosa”?	0.509	0.500	0.508	0.762
48. De todas as pessoas que conhece, há alguma de que, declaradamente, não gosta?	0.693	0.461	0.161	0.771
49. Considera que tem confiança em si próprio(a)?	0.811	0.392	0.191	0.761
50. Sente-se facilmente ofendido(a) quando as pessoas descobrem uma falta em si ou no seu trabalho?	0.430	0.495	0.326	0.762
51. Acha realmente difícil conseguir divertir-se numa festa animada?	0.328	0.470	0.063	0.771
52. Costuma sentir-se perturbado(a) por sentimentos de inferioridade?	0.308	0.462	0.358	0.761
53. Consegue facilmente dar vida a uma festa enfadonha?	0.415	0.493	0.017	0.773
54. Por vezes fala de assuntos de que nada conhece?	0.272	0.445	0.181	0.767
55. Costuma preocupar-se com a sua saúde?	0.822	0.382	0.007	0.772
56. Gosta de pregar partidas aos outros?	0.290	0.456	0.040	0.772
57. Costuma sofrer de insónias?	0.438	0.496	0.434	0.758
<b>Personalidade (valor total)</b>				<b>0.769</b>
<b>Neuroticismo</b>				<b>0.447</b>
<b>Extroversão</b>				<b>0.744</b>
<b>Escala de Mentira</b>				<b>0.312</b>

### *Inventário Clínico de Autoconceito*

O autoconceito diz respeito a todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, avaliações e tendências de comportamento, o que leva a que seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa (Burns, 1986 cit. in Albuquerque, 2002). O mesmo autor refere ainda que, o autoconceito é constituído por imagens acerca do que nós pensamos que conseguimos realizar e o que julgamos que os outros pensam de nós e de como gostaríamos de ser.

Para medir esta variável, utilizámos o Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz-Serra 1985 cit. in Vaz-Serra, 1986) que permite mensurar os factores do autoconceito em aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade/actividade.

O Inventário Clínico de Autoconceito é uma escala de auto-avaliação de tipo Likert com 20 itens, com classificação em cada item que pode ir de um mínimo de um a um máximo de cinco, uma vez que são constituídas por cinco possíveis respostas (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo). Cada item procura registar dados significativos relacionados com o autoconceitosocial e emocional, considerados importantes no ajustamento social (Bandura, 1978; Fleming e Courtney, 1984) cit. in Vaz-Serra, (1986). O score resultante varia entre vinte e cem pontos.

A cotação varia de 1 a 5 em que quanto mais alta for a pontuação que o indivíduo obtém, melhor será o seu auto-conceito. O autor aplicou a escala a 920 indivíduos pelo Coeficiente de Spearman-Brown, com .791. O coeficiente de correlação teste-reteste foi de .838 para 108 elementos, o que revelou boa consistência interna e estabilidade temporal.

A escala está concebida de um modo geral, de forma que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens. Algumas questões, porém, são elaboradas de forma negativa sendo neste caso as pontuações revertidas. Quanto mais alto é o somatório das questões, melhor é o autoconceito do indivíduo.

Através de uma análise factorial, Vaz-Serra (1986), conseguiu extrair seis factores:

- Factor 1 é constituído por cinco questões – 1, 4, 9, 16, 17 revela a aceitação/rejeição social.
- Factor 2 é constituído por seis questões – 3, 5, 8, 11, 18, 20 que realçam os aspectos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades. Assim os valores altos indicam independência e os baixos, dependência. Está relacionado com a auto-eficácia.

- Factor 3 tem quatro questões – 2, 6, 7, 13 representa a maturidade psicológica.
- Factor 4 é constituído por três questões – 10, 15, 19 está relacionado com a impulsividade/actividade.
- Factor 5 e 6 – itens 12, 14, considerados pelo autor como factores mistos, sem qualquer denominação específica.

*Resultados psicométricos do estudo do Inventário Clínico de Autoconceito*

Procedemos à averiguação da consistência interna do Inventário Clínico de Autoconceito na presente amostra de forma a determinara a fidelidade do instrumento utilizado. O estudo dos itens no aspecto da consistência interna revelou um alfa de Cronbach para a totalidade dos itens de 0.881 (cf. Quadro 12), o que indica uma consistência interna boa.

**Quadro 12 - Consistência interna dos itens do Inventario Clínico de Autoconceito**

Item	Média	DP	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1.Sei que sou uma pessoa simpática.	3.51	0.829	0.525	0.874
2.Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	3.72	0.761	0.556	0.873
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	3.90	1.005	0.333	0.881
4.No contacto com os outros costuma ser um individuo falador.	3.27	0.958	0.371	0.879
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	3.36	0.874	0.452	0.876
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	3.52	0.798	0.507	0.875
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3.52	0.924	0.501	0.875
8. De um modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	3.72	0.765	0.675	0.879
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3.59	0.718	0.585	0.872
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	3.59	0.775	0.651	0.870
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	3.50	0.848	0.659	0.870
12. Não sei porquê, a maioria das pessoas embirra comigo.	3.96	1.013	0.209	0.886
13. Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.	3.66	0.824	0.486	0.875
14. Considero-me competente naquilo que faço.	3.76	0.759	0.676	0.869
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3.22	1.002	0.352	0.881
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	3.42	0.831	0.649	0.870
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	3.56	0.778	0.622	0.871
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	3.50	0.966	0.131	0.888
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	3.83	0.808	0.592	0.872
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3.34	0.877	0.528	0.873
<b>Autoconceito</b>				<b>0.881</b>

### *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal*

A sobrecarga pode ser definida como uma tensão manifestada pelos Cuidadores Informais, que pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros e que em última instância afectam o bem-estar de ambos, doente e cuidador (Anderson *et al.* (1995) cit. in Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado e Martins (2002).

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido por Martins, Ribeiro e Garret (2003). Com 32 itens, avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia de 1 a 5. Integra sete dimensões: *Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal* (11 itens [5 a 15]) avaliam repercussões sentidas por estar a cuidar do familiar, como diminuição de tempo disponível, saúde afectada e restrições na vida social; *Satisfação com o Papel Familiar* (5 itens [28 a 32]) inclui sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel do cuidador e da relação afectiva que se estabelece entre ambos; a terceira componente, *Reacções às Exigências* (5 itens [18 a 22]), compreende sentimentos negativos, como percepção de ser manipulado, ou presença de comportamentos por parte do familiar, capazes de provocar embaraço ou ofensa. Emoções negativas focalizadas no Cuidador Informal, capazes de provocar conflitos internos, sentimentos ou de fuga à situação, agrupam-se no factor designado por *Sobrecarga Emocional* (4 itens [1 a 4]). *Suporte Familiar* (2 itens [26 e 27]) refere-se ao reconhecimento e apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e adaptação do familiar. A sub-escala *Sobrecarga Financeira* (2 itens [16 e 17]) relaciona-se com dificuldades económicas subjacentes à situação de doença do familiar e à incerteza quanto ao futuro. *Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo* (3 itens [23 a 25]) inclui aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel.

*Suporte Familiar*, conjuntamente com *Satisfação com o Papel* e com o *Familiar* e a *Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo* constituem forças positivas na dinâmica em estudo. Contudo, as pontuações foram invertidas para que os valores mais altos correspondessem a situações com maior peso ou sobrecarga (Marques, 2007).

Para utilização do QASCI foram respeitadas as seguintes normas:

- Os itens relativos às dimensões Mecanismos de Eficácia e Controlo, Suporte Familiar e Satisfação com o Papel e com o Familiar devem ser invertidos para que as pontuações mais altas correspondam situações de maior sobrecarga e *stress*;
- Para que as pontuações finais de cada sub-escala apresentem valores homogéneos e comparáveis, os itens de cada dimensão devem ser somados, a

este valor deve ser subtraído o valor mínimo possível na sub-escala. Este valor deve ser dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na sub-escala, finalmente para que a leitura seja efectuada em percentagem deve multiplicar-se o resultado por 100.

$$\frac{\Sigma - \text{pontuação mínima de cada sub-escala}}{Mx - Mn} \times 100$$

Todavia segundo Martins (2006, p. 100) “O QASCI não é um índice (...), em que o score final define uma situação clínica, porque é difícil determinar a partir de que pontuação a sobrecarga percebida é alta”.

#### *Resultados psicométricos do estudo do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal*

O estudo da consistência interna da escala, determinamos os índices de *Alfa de Cronbach*, que nos indicam p uma consistência *boa* na nota global da Sobrecarga do Cuidador Informal ( $\alpha=0.848$ ) (cf. Quadro 18). Relativamente as dimensões obtivemos uma consistência interna razoável na *Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo* ( $\alpha=0.719$ ), muito boa na dimensão *Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal* ( $\alpha=0.915$ ), e boa nas restantes dimensões (cf. Quadro 13).

**Quadro 13 - Consistência Interna relativas à Sobrecarga do Cuidador Informal**

ITENS	Média	DP	Alfa de Cronbach
1)	2.46	0.986	0.839
2)	3.06	0.978	0.838
3)	2.88	0.993	0.837
4)	2.27	1.043	0.837
5)	2.53	1.184	0.834
6)	3.33	1.064	0.839
7)	2.55	1.117	0.834
8)	3.06	1.104	0.834
9)	2.75	1.095	0.834
10)	2.79	1.229	0.837
11)	3.29	1.069	0.836
12)	2.88	1.165	0.832
13)	2.24	1.180	0.837
14)	2.90	1.159	0.834
15)	2.37	1.112	0.834
16)	2.39	1.096	0.840
17)	2.43	1.117	0.839
18)	2.35	0.995	0.840
19)	2.25	1.010	0.838
20)	2.47	1.059	0.838
21)	2.02	1.045	0.840
22)	2.46	1.119	0.837
23)	3.19	0.905	0.856
24)	3.45	0.989	0.857
25)	3.43	0.936	0.854
26)	3.36	1.119	0.857
27)	3.44	1.049	0.857
28)	3.75	0.960	0.857
29)	3.64	1.022	0.857
30)	4.12	0.883	0.852
31)	3.95	0.886	0.852
32)	3.50	1.077	0.857
<b>Sobrecarga do Cuidador Informal (nota global)</b>			<b>0.848</b>
<b>Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal</b>			<b>0.915</b>
<b>Satisfação com o Papel Familiar</b>			<b>0.840</b>
<b>Reacções às Exigências</b>			<b>0.862</b>
<b>Sobrecarga Emocional</b>			<b>0.833</b>
<b>Suporte Familiar</b>			<b>0.854</b>
<b>Sobrecarga Financeira</b>			<b>0.856</b>
<b>Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo</b>			<b>0.719</b>

### *Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS*

O conceito de *vulnerabilidade* deve ser entendido na *relação específica* que se estabelece entre o indivíduo e determinada circunstância. Neste contexto a situação representa o componente *objectivo* e, o indivíduo, o componente *subjectivo* (Vaz-Serra, 2000, p. 270). A Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS, elaborada por Vaz-Serra



em 1985 (Vaz-Serra, 2000), é constituída por 23 questões. Cada pergunta tem 5 possibilidades de resposta (concordo em absoluto, concordo bastante, não concordo nem discordo, discordo bastante e discordo em absoluto). Foi criada a partir do estudo de uma amostra de 368 elementos da população em geral.

A correlação par/ímpar foi de 732 e o coeficiente Spearman-Brown de 845, reveladores de uma boa consistência interna. O coeficiente de Cronbach para todos os itens apresentou um valor de 824. Este valor baixou sempre quando à escala foram excluídos alguns dos itens seleccionados, evidenciando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributivo para uma boa homogeneidade.

Uma análise factorial de componentes principais seguidas de rotação de varimax extraiu sete factores ortogonais que explicam 57.5% da variância total. A composição de cada factor parece traduzir o seguinte significado:

- Factor 1 – *Perfeccionismo e intolerância* à frustração que corresponde aos itens 5,10,16,18,19,23.
- Factor 2 – *Inibição e dependência funcional* que corresponde aos itens 1,2,9,12,22.
- Factor 3 – *Carência de apoio social* que corresponde aos itens 3,6.
- Factor 4 – *Condições de vida adversa* que corresponde aos itens 4,21.
- Factor 5 – *Dramatização da existência* que corresponde aos itens 5, 8, 20.
- Factor 6 – *Subjugação que corresponde* aos itens 11,13,14,15.
- Factor 7 – *De privação de afecto e rejeição* que corresponde aos itens 7,13,17.

O valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre 0 e 4, correspondendo a pontuação mais elevada aos aspectos mais negativos da descrição do indivíduo.

A fim de se evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspectos positivos e outros negativos.

Aos itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 correspondem as seguintes pontuações:

- Concordo em absoluto → 0; Concordo bastante → 1; Não concordo nem discordo → 2; Discordo bastante → 3; Discordo em absoluto → 4
- Aos itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23 correspondem as seguintes pontuações:
- Concordo em absoluto → 4; Concordo bastante → 3; Não concordo nem discordo → 2; Discordo bastante → 1; Discordo em absoluto → 0
- A soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas indica o resultado final, sendo a pontuação máxima 92 e o mínimo 0.

A cotação final da escala diz-nos que, à medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao stress, “um valor de 43, obtido no preenchimento da 23

QVS, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress” (Vaz-Serra, 2000, p. 306).

### *Resultados psicométricos do estudo da Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS*

Quanto às características da Escala de Vulnerabilidade ao Stress, no presente estudo e no referente à sua consistência interna, os coeficientes de alfa de Cronbach variam de 0.807 a 0.781. O alfa de Cronbach para a totalidade dos itens apresenta o valor razoável de 0.799. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, verificamos que o valor é igualmente *razoável* para a primeira e segunda metade do Índice de *Split-half* (0.674 e 0.717 respectivamente) (cf. Quadro 14).

**Quadro 14 - Consistência interna da Escala da Vulnerabilidade ao Stress**

ITENS	Média	DP	R/item – total (sem item)	Cronbach s/ item
1) Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	1.22	0.833	0.371	0.791
2) Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	1.76	0.995	0.372	0.790
3) Quando tenho problemas que me incomodam, posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	1.34	0.886	0.341	0.792
4) Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	1.68	0.928	0.314	0.793
5) Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	2.58	0.886	0.281	0.794
6) Quando tenho um problema para resolver, usualmente, consigo alguém que me possa ajudar	1.35	0.819	0.271	0.795
7) Dou e recebo afecto com regularidade	1.33	1.491	0.174	0.807
8) É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	1.88	0.967	0.267	0.796
9) Perante as dificuldades do dia-a-dia, sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	1.46	0.929	0.381	0.790
10) Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	2.07	1.064	0.419	0.787
11) Na maior parte dos casos, as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	1.87	0.909	0.316	0.793
12) Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	1.85	0.955	0.483	0.784
13) As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	1.75	1.018	0.549	0.781
14) Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas, do que às minhas próprias necessidades	2.21	1.002	0.256	0.797
15) Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	1.92	1.088	0.367	0.791
16) Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	2.52	0.939	0.309	0.794
17) Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	1.47	0.922	0.363	0.791
18) Nas alturas oportunas, custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	2.09	1.009	0.462	0.785
19) Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	1.91	0.972	0.326	0.792
20) Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	2.22	1.048	0.181	0.800
21) O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	1.78	1.040	0.453	0.785
22) Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	1.29	0.941	0.492	0.784
23) Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	2.22	0.984	0.261	0.796
<b>COEFICIENTE SPLIT-HALF</b>			<b>PRIMEIRA PARTE: 0.674 SEGUNDA PARTE: 0.717</b>	
<b>COEFICIENTE ALFA CRONBACH GLOBAL</b>			<b>0.799</b>	

### *Inventário de Depressão de Beck*

A depressão é uma doença experimentada por todas as pessoas em algum momento de suas vidas. Esse estado é usualmente uma resposta a uma situação

desfavorável (depressão reactiva) no entanto em alguns casos, pode constituir-se num transtorno psiquiátrico (Almeida, 2006).

Com o objectivo de avaliar esta variável, utilizámos o Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), versão portuguesa aferida por Vaz-Serra e Pio-Abreu (1973) que tem por finalidade avaliar as manifestações comportamentais da depressão.

Este instrumento é constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações respeitantes a toda a sintomatologia depressiva. Dos 21 conjuntos de afirmações, 11 relacionam-se com aspectos cognitivos, 5 com sintomas somáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afecto e 1 com sintomas interpessoais (Vaz-Serra, 1994). Cada conjunto apresenta as afirmações por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito que responde a este inventário escolha facilmente aquela (e apenas uma) que melhor descreve a forma como se sente no momento do preenchimento. A cada afirmação corresponde um valor (0, 1, 2 ou 3). O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de 0 a 63, permitindo diferenciar os níveis de depressão, desde “ausente” a “grave”. Foi considerada uma pontuação de 12 como ponto de corte que divide os indivíduos em deprimidos e não deprimidos.

Deste modo, no nosso estudo consideramos como valores de referência, os dos autores, ou seja, os indivíduos: Não apresentam sintomatologia depressiva, quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck for inferior a 12; Apresentam ânimo depressivo leve, se pontuarem com valores entre os 12 e os 17; Apresentam ânimo depressivo médio, se pontuarem com valores entre os 18 e os 23; Apresentam ânimo depressivo grave, se pontuarem com valores superiores ou iguais a 24.

#### *Resultados psicométricos do estudo do Inventário de Depressão de Beck*

Os índices médios do Inventário de Depressão de Beck são todos superiores a 0.20 o que nos permite afirmar que se encontram bem centrados. Streiner & Norman (1989), cit in por Vaz Serra, (2000), referem que se aceita como norma serem *bons todos os itens que se correlacionam acima de 0.20 com a nota global quando esta não contém o item*.

Para os restantes indicadores o valor mínimo obtido com a correlação foi no item 16 ( $r=0.417$ ) e o máximo no item 1 ( $r= 0.721$ ) (cf. Quadro 15).

**Quadro 15 - Estatísticas e Correlação de *Pearson* relativas ao Inventário de Depressão de Beck**

ITENS	Média	DP	1ª correlação r
1)	0.615	0.891	0.721
2)	0.721	0.924	0.563
3)	0.469	0.838	0.613
4)	0.584	0.894	0.604
5)	0.227	0.629	0.597
6)	0.302	0.637	0.622
7)	0.296	0.724	0.629
8)	0.339	0.635	0.541
9)	0.214	0.688	0.607
10)	0.422	0.709	0.620
11)	0.516	0.674	0.597
12)	0.335	0.601	0.673
13)	0.423	0.663	0.718
14)	0.417	0.747	0.592
15)	0.658	0.851	0.648
16)	0.859	0.935	0.417
17)	0.732	0.621	0.594
18)	0.400	0.655	0.612
19)	0.385	0.722	0.472
20)	0.478	0.791	0.593
21)	0.798	1.094	0.506

Prosseguindo com o estudo da consistência interna da escala, determinamos os índices de *Alfa de Cronbach*, que nos indicam para todos os itens uma consistência *muito boa* ao oscilarem entre 0.919 e 0.926 (cf. Quadro 16).

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, verificamos que o valor é igualmente *muito bom* para a primeira e segunda metade do Índice de *Split-half* (0.89 e 0.867 respetivamente) e *Alfa* global da escala, (*Alfa*= 0.926) (cf. Quadro 16).

**Quadro 16 - Consistência Interna relativas ao Inventário de Depressão de Beck**

ITENS	$\alpha$ Cronbach s/ item
Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	0.919
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	0.923
Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	0.922
Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	0.923
Não me sinto culpado de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpado. Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	0.923
Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. Sinto que mereço ser castigado. Quero ser castigado.	0.922
Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.	0.921
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	0.924
Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	0.922
Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	0.922
Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.	0.923
Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	0.921
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	0.920
Não acho que tenho pior aspecto do que costumava. Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulso.	0.923

Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despendir um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	0.926
Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	0.921
Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.	0.923
O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	0.922
Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	0.924
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	0.922
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	0.9261
<b>COEFICIENTE SPLIT-HALF</b>	<b>PRIMEIRA PARTE: 0.889 SEGUNDA PARTE: 0.867</b>
<b>COEFICIENTE ALFA CRONBACH GLOBAL</b>	<b>0.926</b>

### *Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80)*

A Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80) é constituída por 16 itens (cf. Quadro 22) sendo muito simples de preencher, mesmo por pessoas com poucas habilitações literárias e em casos pontuais de analfabetismo pode ser aplicada pelo entrevistador. O formato desta escala varia de pergunta para pergunta: umas estão constituídas numa escala de tipo Likert (muitas vezes, poucas vezes, nunca) e outras por resposta dicotómica (sim, não). É uma escala para rastreio e detecção de casos em epidemiologia psiquiátrica, adaptada à realidade cultural da população portuguesa por Pio-Abreu e Vaz Pato (1981).

Na opinião dos autores é uma escala que passa despercebida pelos entrevistados, pois contém perguntas dirigidas à saúde física e mental. Face às suas características, os entrevistados não sabem se estão a ser avaliados na dimensão física ou psíquica, levando os inquiridos a responderem com sinceridade. Aliás, a sinceridade nesta escala, também é controlada por 5 tipos de resposta, sendo recomendação dos autores que deva ser anulada quando o número de respostas falsas for igual a este valor. Esta escala é cotada inversamente e quanto menor a cotação melhor a saúde mental.

A escala (ER/80) tem sido aplicada em vários estudos e em populações tão diferentes como em população de emigrantes, de doentes neurológicos, passando por trabalhadores da indústria, sempre com bons índices discriminativos (cf. Quadro 17).

**Quadro 17 - Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80)**

	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
1	Tem tido dores de cabeça?	Muitas vezes Poucas vezes Nunca	+ F
2	Tem-se sentido enjoado ou mal disposto?	Muitas vezes Poucas vezes Nunca	+ F
3	Quando está adoentado procura sempre o médico?	Sim Não	F
4	Tem-se sentido muito nervoso ou irritado?	Muitas vezes Poucas vezes Nunca	+ F
5	Tem-se sentido satisfeito ou triste?	Satisfeito Normal Triste	F +
6	Que tal tem andado a sua memória?	Boa Regular Má	+ +
7	Tem tido a sensação deter a cabeça pesada	Sim Raramente Não	+ +
8	Tem a sensação de que tudo lhe corre mal	Sim Não	+ +
9	Custa-lhe decidir sobre as pequenas coisas do dia-a-dia	Sim Raramente Não	+ +
10	Consegue dormir sem dificuldade?	Sim Quase sempre Não	+ +
11	Tem-se preocupado por tudo e por nada?	Sim Não	+ +
12	Custa-lhe prestar atenção a uma conversa ou programa de rádio?	Sim Não	+ +
13	Acha que as pessoas o têm tratado de modo diferente?	Sim Não	+ +
14	Existe alguma pessoa de quem não goste?	Sim Não	F +
15	Está melhor quando está sozinho?	Sim Não	+ +
16	Acontecem-lhe coisas estranhas ou sem explicação	Sim Não	+ +

**Score:** 1 ponto por cada (+). Limiar: S. Feminino 6/7; S. Masculino 5/6; Falsidade: 1 ponto por cada (F). Limiar  $\frac{3}{4}$

Esta escala como já referido é cotada inversamente e quanto menor a cotação melhor a saúde mental. De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana e Gageiro (2008) para a constituição dos grupos: (Média  $\pm$  0.25 dp).

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

Fraca Saúde Mental = média+ 0.25Dp  
 Razoável Saúde Mental > média- 0.25Dp > M > média + 0.25Dp  
 Boa Saúde Mental = média- 0.25Dp

#### *Resultados psicométricos do estudo da Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80)*

Quanto às características da Escala de Rastreio em Saúde Mental, no que respeita à fidelidade do instrumento, no aspecto da consistência interna, os coeficientes

de alfa de Cronbach variaram entre 0.493 (itens 11) e 0.643 (item 5). O alfa de Cronbach para a totalidade dos itens apresenta o valor fraco de 0.561. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, verificamos que o valor é igualmente fraco para a primeira e segunda metade do Índice de Split-half (0.322 e 0.432 respectivamente) (cf. Quadro 18).

**Quadro 18 - Consistência interna dos itens da Escala de Rastreio em Saúde Mental**

Item	Média	Dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1)	2.20	0.612	0.435	0.496
2)	1.94	0.604	0.448	0.494
3)	1.37	0.401	0.015	0.579
4)	2.21	0.629	0.478	0.485
5)	1.91	0.601	0.351	0.643
6)	1.98	0.590	0.348	0.641
7)	2.19	0.718	0.477	0.478
8)	1.27	0.459	0.494	0.501
9)	1.81	0.711	0.376	0.504
10)	1.91	0.746	0.319	0.661
11)	1.39	0.492	0.505	0.493
12)	1.32	0.464	0.363	0.521
13)	1.12	0.334	0.389	0.528
14)	1.59	0.492	0.094	0.562
15)	1.30	0.457	0.431	0.511
16)	1.21	0.411	0.446	0.513
COEFICIENTE SPLIT-HALF			PRIMEIRA PARTE: 0.322 SEGUNDA PARTE: 0.437	
SAÚDE MENTAL			0.561	

### Questionário Dirigido ao Idoso Dependente/ Índice de Katz (Questionário para Avaliação das Actividades de Vida Diária)

Nesta última parte é incluído um Questionário Dirigido ao Idoso Dependente, onde é possível recolher informações que permitam conhecer a idade, sexo, se foi seguido o protocolo “Via Verde AVC” e o tipo de dependência. É também constituído pelo Índice de Katz (Questionário para Avaliação das Actividades de Vida Diária) que permite avaliar as habilidades funcionais nas pessoas idosas ou com uma doença crónica incapacitante e é muito útil sobretudo para avaliar o estado de saúde de pessoas com bastante dependência.

Em 1959 uma equipa multidisciplinar dirigida por Sidney Katz publicou um esboço de uma escala de avaliação das Actividades de Vida Diária (AVDs), sendo publicada a definitiva em 1963. Foi esta a escala utilizada neste estudo, que nos possibilita avaliar as habilidades funcionais nas pessoas idosas ou com uma doença crónica incapacitante e é



muito profícua sobretudo para avaliar o estado de saúde de pessoas com bastante dependência (Marques, 2007).

O Índice de Katz utiliza-se para descrever o nível funcional dos indivíduos com problemas de saúde, prever as necessidades de reabilitação, comparar o resultado de diversas intervenções e avaliar a eficácia de determinado tratamento.

A escala é constituída na sua versão actual por seis itens (banho, vestir-se, usar o WC, mobilidade, continência e alimentação). Em termos de avaliação global as respostas a estas seis funções permitem hierarquizar o doente em sete grupos: Independente para comer, controlar os esfíncteres, mobilizar-se, ir ao WC, vestir-se e tomar banho; Independente para todas as actividades, excepto uma; Independente para todas, excepto tomar banho e uma função adicional; Independente para todas, excepto tomar banho, vestir-se e uma função adicional; Independente para todas, excepto tomar banho, vestir-se, ir ao WC e uma função adicional; Independente para todas, excepto tomar banho, ir ao WC, mobilizar-se e uma função adicional; Dependente nas seis funções.

Uma pontuação 6 indica que o idoso é independente, ou seja, possui habilidade para desempenhar tarefas quotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial, podendo o idoso requerer ou não auxílio. Uma pontuação igual ou inferior a 2 implica na necessidade de assistência, indicando uma dependência importante. Esta escala é descrita no Quadro 19 (Freitas et al. 2002).

**Quadro 19 - Índice de Katz – Escala da capacidade funcional do idoso**

Actividade	Independente	SIM	NÃO
<b>1. Banho</b>	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo	( )	( )
<b>2. Vestir-se</b>	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, excepto para calçar sapatos	( )	( )
<b>3. Higiene Pessoal</b>	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite)	( )	( )
<b>4. Transferência</b>	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador)	( )	( )
<b>5. Contiência</b>	Tem auto-controle do intestino e da bexiga (sem “acidentes ocasionais”)	( )	( )
<b>6. Alimentação</b>	Alimenta-se sem ajuda, excepto para cortar carne ou passar manteiga no pão	( )	( )

Fonte: (Freitas, Py, Neri, Cançado, Gorzoni & Rocha, 2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, pp. 613, 2002.

Deste modo, podemos entender que cada função apresenta duas alternativas de resposta – dependente e independente – correspondendo respectivamente, 0 e 1 (Martins, 2004).

Em suma, o índice permite cotar entre 0 e 6 pontos possibilitando hierarquizar o idoso em três grupos: Aqueles que auferem entre 0 e 2 pontos são classificados com “dependência importante”; Os auferidos entre 3 e 4 pontos são classificados com

“dependência parcial”; E quando auferidos entre 5 e 6 pontos são classificados com “independência” (Martins, 2004).

Em síntese foi colhida informação acerca das seguintes variáveis: Características Sócio-Demográficas dos Cuidadores; Preparação para a Alta e Percepção da Preparação para o Acto de Cuidar; Nível Sócio-Económico; Funcionalidade Familiar; Apoio Social; Personalidade; Auto-conceito; Sobrecarga; Vulnerabilidade ao Stress; Depressão; Saúde Mental; Actividades de Vida Diária do Idoso.

## 5.5. AMOSTRA

Para o nosso estudo recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência e em rede. Amostragem em rede, também chamada amostragem bola-de-neve ou em cadeia é uma variante da conveniência. Nesta abordagem solicita-se que os primeiros membros da amostra indiquem outras pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade (Polit & Beck, 2011). A amostra teve por base a população dos cuidadores informais, num total de 636, residentes na Sub-Região Dão Lafões integrada na Unidade Territorial Estatística de Portugal - NUTS III. A colheita de informação de dados foi efectuada entre Setembro de 2008 e Junho de 2009.

Um objectivo está subjacente à escolha deste tipo de amostra. Prende-se com o facto dos cuidadores informais, experienciarem a função de cuidar de idosos dependentes numa relação de proximidade física efectiva sendo que o cuidador pode ser um parente ou pessoa significativa, que assumiu o papel a partir de relações familiares ou outras.

Para minimizar divergências interpretativas procedemos à definição de alguns conceitos operacionais relacionados com peculiaridades dos cuidadores: Ser cuidador principal há mais de 6 meses; Co-habitar com o idoso dependente vítima de AVC; Não possuir história prévia de doença mental (Depressão ou outra).

Com a finalidade de controlar o aparecimento de variáveis indesejadas que dificultariam a compreensão dos resultados obtidos, definimos como critério de exclusão o idoso cuidado apresentar outras doenças crónicas altamente incapacitantes a não ser que se tratasse de problemas secundários e/ou complicações do Acidente Vascular Cerebral.

## 5.6. PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DO ESTUDO

A condução do estudo teve subjacente o respeito pelos princípios éticos e rigor metodológicos inerentes ao processo de investigação.

### 5.6.1. Procedimentos Éticos

A realização de um estudo sobre comportamento humano envolve uma relação entre o investigador e os sujeitos ou entre o investigador, os sujeitos e os contextos. Sendo que, por parte do investigador é exigido o cumprimento de princípios éticos, obrigando-o a informar, a respeitar e a garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente no seu estudo.

Procurando pautar a nossa actuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética solicitamos a autorização formal para a aplicação dos questionários ao cuidador informal, como consta do preâmbulo do questionário.

Comprometemo-nos que seria garantida a confidencialidade quaisquer que fossem os resultados, e que, todo o trabalho seria desenvolvido de forma a não perturbar a sua linha de intervenção, e que estes só participariam voluntariamente. Foram então tidos em consideração os princípios éticos nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em investigação designadamente princípio do respeito pela dignidade humana e princípios de justiça e beneficência, garantindo-se o anonimato e confidencialidade na publicitação dos resultados.

Nos dias e horas apazados e a anteceder a aplicação do instrumento de colheita foi explicado aos cuidadores informais, os objectivos e a colaboração que deles se pretendia, reforçando-se uma vez mais o carácter de voluntariedade de participação no estudo. Procedemos à sua elucidação e obtido o assentimento voluntário, apelamos à sinceridade no seu preenchimento. Assim, o consentimento foi obtido junto de cuidadores informais e de idosos que possuíam discernimento necessário para avaliar o sentido da proposta. Garantimos o anonimato, informando, da não existência de respostas correctas ou não corretas, mas apenas a sua opinião, bem como o modo de resposta em caso de engano (cf. Anexo II).

### 5.6.2. Procedimentos Técnicos

Os instrumentos de colheita de dados foram então preenchidos pelos próprios participantes, com a nossa assistência, quando solicitada, portanto face a face, comunicando-nos verbalmente, mas evitando sempre introduzir enviesamentos. Toda a informação prestada por nós, foi dada em moldes simples, concretos, compreensíveis e

razoáveis com o objectivo de esclarecer face aos objectivos do estudo. Tivemos a preocupação da informação ser concebida ao nível de compreensão dos diferentes participantes na investigação quer cuidadores quer idosos. Apesar de alguns participantes apresentarem baixo nível de literacia desde que manifestassem compreensão suficiente para apreender o significado dos itens foram incluídos no estudo.

Após a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de rejeitarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos, tendo-se rejeitado 20. Seguidamente procedeu-se à codificação e tabulação dos 636 considerados válidos, de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa;  $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa;  $p < 0.001$  \*\*\* - Diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa.

No que respeita à estatística inferencial, onde se inclui o teste de hipóteses, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções, de estatística não paramétrica, destacando-se o teste *t de Student* e *U-Mann Whitney* (UMW); Análise de variância a um factor (ANOVA) ou teste de Kruskal-Wallis; Regressão linear simples e regressão múltipla; Matrizes de Correlação de Pearson (*r*) para avaliarem eventuais relações entre variáveis e Teste de qui quadrado ( $X^2$ ).

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através dos instrumentos de colheita de dados mencionados neste estudo. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 (2006) para Windows.

Descritas as considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

## 6. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados e interpretados os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados e do respectivo tratamento estatístico.

No primeiro subcapítulo será abordada a caracterização dos Cuidadores Informais, no segundo realizado o estudo do Estado de Ânimo e Saúde Mental dos Cuidadores, no terceiro a caracterização dos Idosos Dependentes Pós-Acidente Vascular Cerebral e no quarto procede-se ao teste das hipóteses.

### 6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS

Na análise descritiva o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos, determinadas com a ajuda de testes estatísticos apropriados ou com análise de conteúdo (Fortin, 2009). Assim, neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da caracterização da amostra, tendo presente as variáveis sociodemográficas, clínicas, sociofamiliares, psicológicas e sobrecarga do cuidador informal.

#### 6.1.1. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais

A amostra dos cuidadores informais é maioritariamente constituída por mulheres, que compõe 83.8%, representando os homens apenas 16.2% da amostra total (cf. Quadro 32).

A idade dos cuidadores informais situa-se entre os 17 e os 85 anos, com uma média de 50.19 anos ( $DP=14.300$ ), e uma dispersão moderada em torno da média. As medidas de simetria ou enviesamento ( $SK_{\text{erro}}$ ) e de achatamento ou curtose ( $K_{\text{erro}}$ ) revelam, uma curva simétrica e mesocúrtica para ambos os sexos e para o total da amostra.

A média de idade dos homens é mais elevada do que a das mulheres, revelando o resultado do teste t de Student que as diferenças são estatisticamente significativas ( $t=2.307$ ;  $p=.018$ ) relativamente à idade (cf. Quadro 20).

**Quadro 20 - Estatísticas relativas à Idade dos Cuidadores Informais**

	<i>n</i>	Min	Max	$\bar{x}$	<i>DP</i>	$SK_{\text{erro}}$	$K_{\text{erro}}$	<i>CV</i> (%)
<b>Masculino</b>	103	17	84	53.23	17.305	-0.828	-2.021	<b>32.51</b>
<b>Feminino</b>	533	18	85	49.60	13.584	-0.821	-1.019	<b>27.39</b>
<b>Total</b>	<b>636</b>	<b>17</b>	<b>85</b>	<b>50.19</b>	<b>14.300</b>	<b>-0.608</b>	<b>-1.907</b>	<b>28.49</b>

De modo a simplificar a análise e apresentação da variável idade, foram criados quatro grupos etários com amplitude de 20 anos. Nos homens e nas mulheres, o grupo etário mais representativo é dos [35-55 [, com 35.9% e 52.3% respectivamente. O grupo com menor representatividade é dos [75-95 [com 13.7% nos homens e 3.6% nas mulheres. O teste de Qui-Quadrado revelou diferenças estatísticas altamente significativas ( $\chi^2= 22.944$ ;  $p=.000$ ) entre o grupo etário e o sexo (cf. Quadro 21).

Em relação ao estado civil, numa primeira análise agrupamos o estado civil em casado, solteiro, viúvo ou união de facto e numa segunda análise apenas abordamos se o cuidador informal tem, ou não companheiro. A maioria dos Cuidadores Informais é casada 74.7%, seguido dos solteiros com 14.5%, sendo o estado civil União de Facto o menos representado, com 2.3%. Os valores percentuais no sexo masculino e no feminino são idênticos aos da amostra total (cf. Quadro 26). Através da segunda análise, observamos que a maioria dos cuidadores informais vive com companheiro (76.9%), e que a disposição entre homens e mulheres é semelhante, não se observando mais uma vez diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=0.096$ ,  $p=.761$ ) (cf. Quadro 21).

Identificámos o predomínio de cuidadores informais a residir na zona rural (73.9%). Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no sexo masculino e feminino, (61.2% e 76.4%, respectivamente). Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que, as diferenças entre homens e mulheres são bastante significativas ( $\chi^2=10.333$ ,  $p=.001$ ) (cf. Quadro 21)

Inferimos que a maioria dos cuidadores são os filhos (as) ou genros/noras, (47.6%), seguidos do marido/esposa com 26.6%. Entre os homens cuidadores, o grau de parentesco mais frequente é o de marido, 42.7%, por sua vez no sexo feminino o filho(a) ou genro/nora encontra-se mais representado (50.7%). O teste Qui-Quadrado mostrou existirem diferenças estatísticas altamente significativas entre os homens e as mulheres relativamente à variável grau de parentesco, ( $\chi^2=19.866$ ,  $p=.000$ ) (cf. Quadro 21).

Relativamente à profissão, 33.3% dos cuidadores informais estudados encontra-se no grupo definido como “Outro”, que integra os aposentados, estudantes e domésticas sendo esta a situação laboral predominante no sexo masculino e no feminino (35.9% Vs 32.8%). O teste de Qui-Quadrado revela não existirem diferenças entre a situação laboral e o sexo, ( $\chi^2= 7.062$ ;  $p=.070$ ) (cf. Quadro 21).

A recodificação da variável situação profissional em dois grupos: (i) Desempregado (ii) Empregado, permitiu apurar que 55.7% dos cuidadores informais não tem qualquer actividade laboral, e que não se verificam diferenças significativas entre os sexos, (Teste Qui-Quadrado:  $\chi^2=2.522$ ,  $p=.112$ ) (cf. Quadro 21).

**Quadro 21 - Características Sociodemográficas em função do Sexo dos Cuidadores**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>GRUPO ETÁRIO</b>						
[15 – 35[	19	18.4	72	13.5	91	14.3
[35 – 55[	37	35.9	279	52.3	316	49.7
[55 – 75[	33	32.0	163	30.6	196	30.8
[75 – 95[	14	13.7	19	3.6	33	5.2
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteiro(a)	19	18.5	73	13.7	92	14.5
Casado(a)	75	72.8	400	75.0	475	74.7
Separado(a)/Divorciado(a)	-	0.0	16	3.0	16	2.5
União de Facto	3	2.9	12	2.3	15	2.3
Viúvo	6	5.8	32	6.0	38	6.0
<b>GRUPOS DO ESTADO CIVIL</b>						
Sem companheiro	25	24.3	122	22.9	147	23.1
Com companheiro	78	75.7	411	77.1	489	76.9
<b>GRAU DE PARENTESCO DO CUIDADOR INFORMAL FACE AO IDOSO DEPENDENTE PÓS-AVC</b>						
Marido/Esposa	44	42.7	125	23.5	169	26.6
Filho(a) ou genro/nora	33	32.0	270	50.7	303	47.6
Sobrinho(a)	7	6.8	23	4.3	30	4.7
Outro	19	18.5	115	21.5	134	21.1
<b>SITUAÇÃO LABORAL</b>						
Desempregado(a)	16	15.5	133	25.0	149	23.4
Emprego a Tempo Inteiro	36	35.0	135	25.3	171	26.9
Emprego a Tempo Parcial	14	13.6	90	16.9	104	16.4
Outro	37	35.9	175	32.8	212	33.3
<b>GRUPOS DA SITUAÇÃO LABORAL</b>						
Desempregado	50	48.5	304	57.0	354	55.7
Empregado	53	51.5	229	43.0	282	44.3
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b>						
Rural	63	61.2	407	76.4	470	73.9
Urbano	40	38.8	126	23.6	166	26.1
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>533</b>	<b>100.0</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

Grupo etário ( $\chi^2 = 22.944$ ;  $p = .000^{***}$ ).<sup>3</sup>Grupos do Estado Civil ( $\chi^2 = 0.096$ ;  $p = .761$  n.s.)Grau de Parentesco do Cuidador Informal face ao Idoso Dependente Pós-AVC ( $\chi^2 = 19.866$ ;  $p = .000^{***}$ )Situação Laboral ( $\chi^2 = 7.062$ ;  $p = .070$  n.s.)Grupos da Situação Laboral ( $\chi^2 = 2.522$ ;  $p = .112$  n.s.)Zona de Residência ( $\chi^2 = 10.333$ ;  $p = .001^{**}$ )**Nível Socioeconómico (NSE)**

Utilizando a Escala de Graffar, como forma de categorização do nível socioeconómico familiar, podemos verificar que a classe III (Família de classe média, com nível socioeconómico razoável) foi a mais frequente (40.4%), seguindo-se-lhe a classe IV (Família de classe inferior alta, com nível socioeconómico reduzido) com 37.7%. As diferenças entre homens e mulheres são bastante significativas ( $\chi^2 = 16.289$ ,  $p = .003$ ) (cf. Quadro 22).

Em termos médios, os homens apresentam melhor nível socioeconómico (Mean Rank = 262.31), do que as mulheres, (Mean Rank = 329.36) (Teste U Mann-Whitney<sup>4</sup>:  $U = 21661.5$ ;  $Z = -3.342$ ;  $p = .001$ ) (cf. Quadro 23).

<sup>3</sup> Teste Qui-Quadrado<sup>4</sup> Utilizamos o teste U Mann-Whitney uma vez que estamos perante uma variável com distribuição anormal, pois as medidas de achatamento e simetria revelam uma curva leptocúrtica e assimétrica negativa.

**Quadro 22 - Caracterização do Nível Sócioeconómico em Função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>NÍVEL SOCIOECONÓMICO (NSE)</b>						
<b>Classe I</b> Classe superior alta NSE Muito Bom	10	9.7	19	3.6	29	4.6
<b>Classe II</b> Classe superior baixa NSE Bom	21	20.4	61	11.4	82	12.9
<b>Classe III</b> Classe Média NSE Razoável	39	37.9	218	40.9	257	40.4
<b>Classe IV</b> Classe Inferior alta NSE Reduzido	31	30.1	209	39.2	240	37.7
<b>Classe V</b> Classe inferior baixa NSE Mau	2	1.9	26	4.9	28	4.4
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>533</b>	<b>100.0</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

Nível Socioeconómico ( $\chi^2 = 16.289$ ;  $p = .003^{**}$ )**Quadro 23 - Estatísticas relativas ao Nível Socioeconómico dos Cuidadores Informais**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)	Mean Rank
<b>Masculino</b>	103	5	23	15.17	3.889	-1.933	-0.934	25.64	262.31
<b>Feminino</b>	533	5	25	16.63	3.129	-7.142	3.479	18.82	329.36
<b>Total</b>	<b>636</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>16.39</b>	<b>3.305</b>	<b>-7.732</b>	<b>2.659</b>	<b>20.16</b>	

Teste de U de Mann-Whitney:  $U = 21661.5$  $Z = -3,3412$  $p = .001^{**}$ 

Procedemos ainda ao estudo do nível socioeconómico, em função de algumas variáveis socioeconómicas (Estado Civil, Situação Laboral e Zona de Residência). O teste de U de Mann-Whitney, permite inferir que os cuidadores informais sem companheiro, com emprego e que residem em meio urbano possuem um nível socioeconómico mais elevado. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas nas três variáveis em análise (Estado Civil:  $U = 30990.5$ ;  $Z = -2.550$ ;  $p = 0.011$ ; Situação Laboral:  $U = 35376.0$ ;  $Z = -6.355$ ;  $p = 0.000$ ; Zona Residência:  $U = 25731.0$ ;  $Z = -6.566$ ;  $p = 0.000$ ) (cf. Quadro 24).

**Quadro 24 - Teste de U Mann-Whitney entre o Estado Civil, a Situação Laboral e a Zona Residência em função do Nível Socioeconómico**

VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
<b>Classes do Estado Civil</b>	Sem Companheiro	284.82	30990.5	-2.550	.011*
	Com Companheiro	328.62			
<b>Classes da Situação Laboral</b>	Desempregado	359.57	35376.0	-6.355	.000***
	Empregado	266.95			
<b>Zona Residência</b>	Rural	346.75	25731.0	-6.566	.000***
	Urbana	238.51			

### Perfil sociodemográfico dos cuidadores informais

O perfil sociodemográfico médio do cuidador informal revela ser mulher (83.8%), com cerca de 50 anos, casada (74.7%), com o grau de parentesco de filho ou nora



(47.6%), sem actividade laboral (55.7%), residentes na zona rural (73.9%) e com um nível socioeconómico razoável (40.4%).

### 6.1.2. Caracterização Clínica dos Cuidadores Informais

Caracterizar algumas variáveis Clínicas que possam interferir no funcionamento mental dos cuidadores informais é um ponto importante para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais.

#### Toma Regular de Medicação

A grande maioria dos cuidadores informais (78%) refere não tomar qualquer medicamento para dormir, sendo que 22% relatam necessidade da ajuda de calmantes ou antidepressivos. Verificamos que as diferenças entre homens e mulheres são bastante significativas relativamente à variável toma de medicação ( $\chi^2=7.687$ ,  $p=.006$ ), ou seja, existe predomínio de mulheres a tomar medicação para dormir (cf. Quadro 25).

**Quadro 25 - Caracterização da Toma Regular de Medicação para Dormir em função do Sexo**

TOMA REGULAR DE MEDICAMENTOS \ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não	91	88.3	405	76.0	496	78.0
Sim	12	11.7	128	24.0	140	22.0
Total	103	16.2	533	83.8	636	100

Toma Regular de Medicamentos ( $\chi^2=7.687$ ;  $p=.006^{**}$ )

#### Caracterização da Percepção do Cuidador sobre a Preparação para a Alta e Acto de Cuidar

A caracterização da preparação para a alta, consiste na análise das variáveis relativas à informação fornecida na alta, à participação na prestação de cuidados, às dúvidas/medos/sentimentos escutados pelos profissionais, relativamente ao facto de se sentir preparado para cuidar do familiar e o apoio institucional formal recebido pelos doentes dependentes.

#### Informação fornecida pelos profissionais de saúde

A informação veiculada ao Prestador Informal de Cuidados, acerca da situação clínica do familiar, foi considerada como razoável por 49.4% e boa por 25.9%. Contudo 16.4% afirmou que a mesma foi insuficiente e 3.8% referem que não recebeu qualquer tipo de informação (cf. Quadro 26).

### **Participação do cuidador informal nos cuidados ao idoso dependente Pós-AVC durante o internamento hospitalar**

A participação do Cuidador Informal nos cuidados ao familiar durante o internamento que sucedeu à doença envolveu 68.9% dos cuidadores. Em sentido inverso, observamos que 16.2% e 14.9% mencionaram que nunca ou raramente participaram nos cuidados ao seu familiar, durante o internamento hospitalar.

A comparação dos valores no sexo masculino e feminino permite-nos inferir que a maioria participou algumas vezes na prestação de cuidados ao seu familiar (35.9% Vs 28.8%). Aplicado o teste Qui-Quadrado verificamos que as diferenças estatísticas entre homens e mulheres são significativas quanto à variável participação na prestação de cuidados, ( $\chi^2=12.561$ ,  $p=.014$ ), ou seja, os cuidadores do sexo masculino participaram mais vezes nos cuidados ao seu familiar durante o período em que este esteve internado no hospital (35.9% Vs 28.8%) (cf. Quadro 26).

### **Dúvidas/medos/sentimentos do Cuidador Informal escutados pelos profissionais de saúde**

Quanto à frequência com que as dúvidas/medos/sentimentos foram escutados pelos profissionais de saúde, verificamos que 45.6% dos cuidadores informais referem que este facto sucedeu algumas vezes, no entanto a resposta “sempre” revelou-se a menos frequente (9.4%).

No sexo masculino e feminino a resposta mais frequente foi algumas vezes com valor idêntico de 45.6%, contudo o teste Qui-Quadrado, revela diferenças estatísticas significativas entre os sexos, ( $\chi^2=1.721$ ,  $p=.787$ ) (cf. Quadro 26).

### **Preparação para assumir o acto de cuidar o idoso dependente Pós-AVC em casa**

A maioria (71.1%) dos Cuidadores Informais referiu sentir-se “preparado” para assumir o acto de cuidar o familiar em casa, não se observando diferenças significativas entre homens e mulheres, ( $\chi^2=7.053$ ,  $p=.133$ ) (cf. Quadro 26).

**Quadro 26 - Característica da Preparação para a Alta e para o Acto de Cuidar**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Informação fornecida pelos profissionais de saúde</b>						
Inexistente	2	1.9	22	4.1	24	3.8
Insuficiente	16	15.5	88	16.5	104	16.4
Razoável	57	55.3	257	48.2	314	49.4
Boa	20	19.5	145	27.2	165	25.9
Plenamente Suficiente	8	7.8	21	4.0	29	4.5
<b>Participação do cuidador informal nos cuidados ao idoso dependente Pós-AVC durante o internamento hospitalar</b>						
Nunca	9	8.7	94	17.6	24	16.2
Raramente	19	18.5	76	14.3	104	14.9
Algumas Vezes	37	35.9	154	28.8	314	30.0
Muitas Vezes	28	27.2	109	20.4	165	21.6
Sempre	10	9.7	100	18.8	29	17.3
<b>Esclarecimento de Dúvidas, Medos e Sentimentos do Cuidador Informal pelos profissionais de saúde</b>						
Nunca	8	7.8	63	11.8	71	11.2
Raramente	18	17.5	82	15.4	100	15.7
Algumas Vezes	47	45.6	243	45.6	290	45.6
Muitas Vezes	19	18.4	96	18.0	115	18.1
Sempre	11	10.6	49	9.2	60	9.4
<b>Preparação para assumir o acto de cuidar o Idoso Dependente Pós-AVC em casa<sup>5</sup></b>						
Nada	4	3.9	16	3.0	20	3.1
Insuficientemente	19	18.4	64	12.0	83	13.1
Razoavelmente	48	46.6	219	41.1	267	42.0
Bem	23	22.4	162	30.4	185	29.1
Totalmente	9	8.7	72	13.5	81	12.7
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>16.2</b>	<b>533</b>	<b>83.8</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

Informação fornecida pelos profissionais de saúde ( $\chi^2 = 6.820$ ;  $p = .146$  n.s.)<sup>6</sup>  
 Participação do cuidador informal nos cuidados ao idoso dependente Pós-AVC durante o internamento hospitalar ( $\chi^2 = 12.561$ ;  $p = .014^*$ )

Esclarecimento de Dúvidas, Medos e Sentimentos ( $\chi^2 = 1.721$ ;  $p = .787$  n.s.)  
 Preparação para assumir o acto de cuidar o Idoso Dependente Pós-AVC em casa ( $\chi^2 = 7.053$ ;  $p = .133$  n.s.)

### Apoio institucional formal

A Visita Domiciliária de Enfermagem (25.3%), seguida do apoio do Centro de Dia (22.2%), constitui o tipo de apoio institucional formal mais frequente. De salientar que **13.0%** dos cuidadores informais não usufruem de qualquer apoio institucional. Nos cuidadores masculinos, o apoio domiciliário é o mais representado com 30.1%, enquanto, no sexo feminino, os cuidadores usufruem de mais ajudas ao nível das visitas domiciliárias de enfermagem (26.5%). O teste Qui-Quadrado revela diferenças bastante significativas entre o tipo de apoio institucional auferido pelos cuidadores, ( $\chi^2 = 16.528$ ,  $p = .002$ ) (cf. Quadro 27).

<sup>5</sup> O teste Qui-Quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência inferior a 5 unidades. A correlação de Continuidade de Yates, aplica-se a tabelas 2\*2 e procura melhorara a análise feita a partir do Qui-Quadrado, contudo a maioria dos investigadores considera-a muito conservadora. Acorrecção de Yates só se aplica em tabelas 2\*2 quando os totais marginais, que respeitam apenas a uma variável, forem fixos e não variarem de uma amostra para outra, situação rara em Ciências Sociais, (Pestana & Gageiro, 2008).

<sup>6</sup> Teste Qui-Quadrado

**Quadro 27 - Caracterização do Apoio Institucional em função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Apoio Institucional</b>						
Sem Apoio	9	8.7	74	13.9	83	13.0
Centro de Dia	30	29.1	111	20.8	141	22.2
Apoio Domiciliário	31	30.1	93	17.4	124	19.5
Visitas Domiciliárias de enfermagem	20	19.4	141	26.5	161	25.3
Outro	13	12.7	114	21.4	127	20.0
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>16.2</b>	<b>533</b>	<b>83.8</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

Apoio Institucional ( $\chi^2 = 16,528$ ;  $p=0,002^{**}$ )

*Em síntese, os Cuidadores Informais possuem razoáveis conhecimentos acerca da informação clínica do seu familiar (49.4%), participaram algumas vezes nos cuidados ao familiar (30.0%), sentiram que foram escutados acerca dos seus medos/duvidas/sentimentos apenas algumas vezes (45.6%), sentem-se razoavelmente preparados para cuidar do seu familiar em casa (42.0%) e o apoio institucional que recebem com mais frequência é a visita domiciliária de enfermagem (25.3%).*

### 6.1.3. Caracterização Sociofamiliar dos Cuidadores Informais

O estudo da caracterização das variáveis sociofamiliares dos cuidadores informais tem vindo a ser reconhecido como factor importante para a qualidade de vida dos cuidadores informais.

#### Funcionalidade Familiar

A maioria dos Cuidadores Informais (50.5%) encontra-se inserida em famílias altamente funcionais. Cerca de 35.1% dos Cuidadores Informais está inserida numa família moderadamente funcional e 14.4% pertencem a famílias com disfunção acentuada. As famílias altamente funcionais são as mais frequentes tanto nos homens (56.3%) como nas mulheres (49.3%), mostrando o teste Qui-Quadrado, não existirem diferenças estatísticas significativas, ( $\chi^2=2.794$ ,  $p=.247$ ) (cf. Quadro 28).

**Quadro 28 - Caracterização das Variáveis Sociofamiliares em função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Funcionalidade Familiar (Apgar Familiar)</b>						
Altamente Funcional	58	56.3	263	49.3	321	50.5
Moderadamente Funcional	35	34.0	188	35.3	223	35.1
Disfunção Acentuada	10	9.7	82	15.4	92	14.4
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>16.2</b>	<b>533</b>	<b>83.8</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

Funcionalidade Familiar (Apgar Familiar) ( $\chi^2 = 2.794$ ;  $p=.247$  n.s.)

#### Funcionalidade Familiar Vs Variáveis Sociodemográficas

Ao aprofundarmos o estudo da funcionalidade familiar, procuramos determinar que variáveis sociodemográficas a influenciam. Como vimos anteriormente o sexo não

tem influência sobre esta variável ( $p > .05$ ). Observamos ainda que a idade também se não associou à funcionalidade familiar (Correlação de Pearson:  $r = -.017$ ,  $r^2 = 0.001$ ;  $p = .670$ ). Relativamente à qualidade da funcionalidade familiar segundo o estado civil, constatamos que os cuidadores informais que vivem com companheiro apresentam um “peso médio” mais elevado face aos que vivem sozinhos, (328.78 Vs 284.47), revelando o teste U de Mann-Whitney, diferenças significativas ( $U = 30939.0$ ;  $Z = -2.579$ ;  $p = .010$ ), isto é, as famílias cujos cuidadores informais vivem com companheiros são mais funcionais do que as famílias em que os cuidadores informais vivem sozinhos (cf. Quadro 29).

Quanto à distribuição da funcionalidade familiar em função da situação laboral e da zona de residência, inferimos que os cuidadores informais com actividade laboral e os que residem em meio urbano estão inseridos em famílias mais funcionais, contudo as diferenças não são significativas (Situação Laboral:  $U = 48002$ ;  $Z = -0.837$ ;  $p = .403$ ; Zona de Residência:  $U = 36161.5$ ;  $Z = -1.410$ ;  $p = .159$ ) (cf. Quadro 29).

### Funcionalidade Familiar Vs Variáveis Clínicas

O estudo da relação entre a toma de medicação regular para dormir pelo cuidador informal e a funcionalidade familiar, permitiu apurar que os cuidadores que não tomam medicação para dormir se encontram integrados em famílias mais funcionais, (U de Mann-Whitney:  $U = 30123.0$ ;  $Z = -2.407$ ;  $p = .016$ ) (cf. Quadro 34).

**Quadro 29** - Teste de U Mann-Whitney entre as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas e a Funcionalidade Familiar

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
Classes do Estado Civil	Sem Companheiro	284.47	30939.0	-2.579	.010*
	Com Companheiro	328.78			
Classes da Situação Laboral	Desempregado	313.10	48002.0	-0.837	.403 n.s.
	Empregado	325.29			
Zona Residência	Rural	312.44	36161.5	-1.410	.159 n.s.
	Urbana	335.66			
Toma de Medicação	Não	327.75	30123.0	-2.407	.016*
	Sim	285.73			

Utilizamos o Teste de Kruskal-Wallis para estudar a relação entre a funcionalidade familiar e a informação clínica que os cuidadores recebem sobre o seu familiar. Constatamos que os cuidadores que descrevem receber uma informação insuficiente provêm de famílias menos funcionais, sendo que os cuidadores de famílias mais funcionais referem ter recebido mais informação clínica. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas, ( $H = 29.039$ ;  $p = .000$ ) (cf. Quadro 30).

Relativamente à variável participação nos cuidados ao familiar, deduzimos que os cuidadores informais que prestaram cuidados durante o internamento mais vezes são os

que apresentam uma funcionalidade familiar mais elevada. Utilizando o referido teste estatístico, encontramos diferenças significativas ( $H=15,132$ ;  $p=.004$ ), (cf. Quadro 30).

A relação entre a funcionalidade familiar e o esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos dos cuidadores informais, revelou-nos que em termos médios os cuidadores informais que relataram que raramente eram escutados apresentam pesos médios mais baixos (menor funcionalidade familiar) (Mean Rank= 280.7), por sua vez os cuidadores que sentem que foram sempre escutadas as suas dúvidas são os que apresentam famílias mais funcionais (Mean Rank= 404.9) Em termos estatísticos as diferenças encontradas são significativas ( $H=23.029$ ;  $p=.004$ ), ou seja o esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos relacionou-se com a funcionalidade familiar dos cuidadores informais (cf. Quadro 30).

Em relação à variável preparação para assumir o acto de cuidar, depreende-se que os cuidadores informais que se encontram totalmente preparados apresentam uma funcionalidade familiar mais elevada, encontrando-se diferenças significativas, ou seja, os cuidadores que relatam maior preparação para cuidar o seu familiar, também referem maior funcionalidade familiar, ( $H=42.488$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 30).

A relação entre a funcionalidade familiar e o tipo de apoio institucional formal, foi estudada através da aplicação do teste Kruskal-Wallis, revelando-nos que os cuidadores informais que possuem o apoio domiciliário são os que têm menor funcionalidade familiar, por sua vez, os cuidadores que não têm qualquer apoio são os que apresentam famílias mais funcionais. Em termos estatísticos as diferenças encontradas são significativas ( $H=14.730$ ;  $p=.005$ ) (cf. Quadro 30).

**Quadro 30 -** Teste de Kruskal-Wallis entre a Preparação para a alta e para o Acto de Cuidar, o Apoio Institucional e a Funcionalidade Familiar

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA							
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Funcionalidade Familiar	327.2	254.6	307.6	367.8	377.6	29.039	.000***
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR DURANTE O INTERNAMENTO HOSPITALAR							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Funcionalidade Familiar	281.9	275.5	328.1	333.5	354.5	15.132	.004**
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS DO CUIDADOR INFORMAL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Funcionalidade Familiar	292.9	280.7	308.3	347.8	404.9	23.029	.004**
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR							
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Funcionalidade Familiar	283.0	269.9	282.5	361.6	397.3	42.488	.000***
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL							
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Funcionalidade Familiar	354.1	295.7	286.0	310.9	355.4	14.730	.005**

### Apoio Social

O Apoio Social (nota global) apresenta um valor médio de 57.13 ( $DP=10.243$ ), valor este inferior ao atribuído à população portuguesa por Matos e Ferreira (2000), ( $\bar{x}=64.87$ ;  $DP=8.322$ ). A variável apresenta uma distribuição normal com uma curva simétrica e mesocúrtica e uma dispersão moderada em torno da média. As mulheres pontuaram com melhor apoio social do que os homens ( $\bar{x}=57.32$  Vs  $\bar{x}=56.16$ ), mostrando o teste t Student que as diferenças não são significativas ( $t=-1.056$ ;  $p=.291$ ) (cf. Quadro 31).

**Quadro 31 - Caracterização do Apoio Social (factores e nota global) em função do Sexo**

	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Mean Rank	
APOIO INFORMATIVO									
Masculino	10	30	20.49	4.412	0.718	-0.430	21.53	----	t=-0.261 p=.794 n.s.
Feminino	6	30	20.60	4.185	-1.538	-0.213	20.32	----	
Total	6	30	20.58	4.220	-1.062	-0.444	20.51	----	
APOIO EMOCIONAL									
Masculino	9	25	17.65	3.550	-0.265	-0.309	20.11	296.55	U=25188.5 Z=-1,329 p=.184 n.s.
Feminino	5	25	18.15	3.739	-1.623	-2.109	20.60	322.74	
Total	5	25	18.07	3.711	-1.546	-2.144	20.54		
APOIO INSTRUMENTAL									
Masculino	10	25	18.04	3.773	-0.748	-1.479	20.91	298.30	U=25368.5 Z=-1.223 p=.221 n.s.
Feminino	5	25	18.58	3.909	-1.566	-3.370	21.04	322.40	
Total	5	25	18.49	3.890	-1.670	-3.655	21.04		
APOIO SOCIAL (NOTA GLOBAL)									
Masculino	30	80	56.16	10.150	0.076	-1.025	18.07	----	T=-1,056 p=.291 n.s.
Feminino	27	80	57.32	10.251	0.057	-1.791	17.88	----	
Total	27	80	57.13	10.243	0.093	-1.997	17.92	----	

Para permitir uma análise mais aprofundada desta variável foram criados três grupos, em que o apoio social foi classificado em Bom, Razoável ou Fraco<sup>7</sup>. Deste modo, constatamos que os cuidadores informais apresentam um bom nível de apoio social (42.8%), que contrasta com um nível fraco de 41.2%, sendo que 16% dispõem de razoável apoio social. O teste Qui-Quadrado, revela que as diferenças não são significativas, ( $\chi^2=2.062$ ,  $p=.357$ ) (cf. Quadro 32).

**Quadro 32 - Caracterização do Apoio Social (por grupos) em função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Fraco</b>	47	45.6	215	40.3	262	41.2
<b>Razoável</b>	12	11.7	90	16.9	102	16.0
<b>Bom</b>	44	42.7	228	42.8	272	42.8
<b>Total</b>	103	16.2	533	83.8	636	100

Apoio Social ( $\chi^2=2.062$ ;  $p=.357$  n.s.)

### Apoio Social Vs Variáveis Sociodemográficas

Iniciámos o estudo entre o apoio social, a idade e o nível socioeconómico efectuando o teste de correlação de Pearson. As relações entre o apoio social, a idade e o nível socioeconómico são inversas, ou seja, os cuidadores mais idosos afirmam dispor de menos apoio social, ( $r=-.149$ ;  $p=.000$ ). Por sua vez, quando o nível socioeconómico é mais baixo, o apoio social é maior ( $r=-.251$ ;  $p=.000$ ). Os valores de t são explicativos quer para a idade, quer para o nível socioeconómico, explicando respectivamente 2.2% e 6,3% da variância do apoio social, pelo que inferimos que o apoio social é mais elevado em cuidadores mais jovens e com menor nível socioeconómico (cf. Quadro 33).

<sup>7</sup> A recodificação da variável foi efectuada através da construção de três grupos, pela fórmula Média  $\pm$  0,25x desvio padrão (Pestana & Gageiro, 2003).



**Quadro 33** - Análise de regressão simples entre o Apoio Social, a Idade e o Nível Socioeconómico

	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>	-.149	2.2	.000	14.436	.000
<b>Nível Socioeconómico</b>	-.251	6.3	.000	42.583	.000

Para estudarmos a relação entre Apoio Social e o Estado Civil, foi usado o teste t Student (cf. Quadro 34), tendo-se verificado que os cuidadores sem companheiro apresentam valores médios superiores face aos cuidadores que vivem com companheiro nos três factores e no valor total do Apoio Social. No entanto, não se verificaram diferenças estatísticas significativas ( $p > .05$ ).

**Quadro 34** - Caracterização do Apoio Social (factores e valor total) em função do Estado Civil

Análises de Apoio Social (fatores e valor total) em ranqueo			
	$\bar{x}$	DP	Teste t Student
APOIO INFORMATIVO			
Sem companheiro	20.73	4.420	$t=0.491$ $p=.624$ n.s.
Com companheiro	20.54	4.161	
APOIO EMOCIONAL			
Sem companheiro	18.18	3.979	$t=0,426$ $p=.670$ n.s.
Com companheiro	18.03	3.630	
APOIO INSTRUMENTAL			
Sem companheiro	18.84	3.904	$t=1,261$ $p=.208$ n.s.
Com companheiro	18.38	3.882	
APOIO SOCIAL (TOTAL)			
Sem companheiro	57.73	11.010	$t=0.816$ $p=.415$ n.s.
Com companheiro	56.95	9.998	

Utilizamos o Teste de Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o Apoio Social e o Grau de Parentesco do Cuidador, constatamos que os cuidadores informais cujo grau de parentesco é Marido/Esposa apresentam em média valor mais baixo quer no apoio social (valor total), quer nos três factores em análise (cf. Quadro 35).

As diferenças encontradas são estatisticamente significativas no Apoio Informativo ( $H=13.619$ ;  $p=.003$ ), no Apoio Emocional ( $H=14.679$ ;  $p=.002$ ), no Apoio Instrumental ( $H=12.899$ ;  $p=.005$ ) e na nota global do Apoio Social ( $H=17.444$ ;  $p=.001$ ) (cf. Quadro 35).

**Quadro 35 - Caracterização do Apoio Social (factores e nota global) em função do Grau de Parentesco do Cuidador**

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis
APOIO INFORMATIVO				
Marido/Esposa	19.85	4.763	282.13	H=13.619 p=.003**
Filho(a) ou genro/nora	20.61	3.982	320.99	
Sobrinho(a)	20.47	3.935	312.97	
Outro	21.47	3.946	359.98	
APOIO EMOCIONAL				
Marido/Esposa	17.33	3.773	280.18	H=14.679 p=.002**
Filho(a) ou genro/nora	18.17	3.647	325.22	
Sobrinho(a)	17.67	3.427	290.75	
Outro	18.87	3.691	357.184	
APOIO INSTRUMENTAL				
Marido/Esposa	17.63	3.946	277.45	H=12.899 p=.005**
Filho(a) ou genro/nora	18.68	3.911	328.58	
Sobrinho(a)	18.40	3.847	316.02	
Outro	19.15	3.624	348.04	
APOIO SOCIAL (NOTA GLOBAL)				
Marido/Esposa	54.86	10.809	274.36	H=17.444 p=.001**
Filho(a) ou genro/nora	57.48	9.840	325.86	
Sobrinho(a)	56.43	9.369	304.70	
Outro	59.39	10.089	360.55	

Foi usado o teste t Student para estudarmos a relação entre Apoio Social (factores e nota global) e a Situação Laboral, inferindo-se que os cuidadores com emprego apresentam um valor médio superior face aos cuidadores desempregados ( $\bar{x}$  =57.49 Vs  $\bar{x}$  =56.84), contudo o teste t Student indica que as diferenças não são significativas ( $t=-0.789$ ;  $p=.431$ ) (cf. Quadro 36).

**Quadro 36 - Caracterização do Apoio Social em função do Situação Laboral**

	$\bar{x}$	Dp	Teste t Student
APOIO INFORMATIVO			
Desempregado	20.69	4.452	t=0.717 p=.473 n.s.
Empregado	20.45	3.912	
APOIO EMOCIONAL			
Desempregado	17.92	3.930	t=-1.108 p=.268 n.s.
Empregado	18.25	3.414	
APOIO INSTRUMENTAL			
Desempregado	18.27	4.052	t=-1.605 p=.109 n.s.
Empregado	18.77	3.663	
APOIO SOCIAL (NOTA GLOBAL)			
Desempregado	56.84	10.859	t=-0.789 p=.431 n.s.
Empregado	57.49	9.404	

Da análise entre o Apoio Social e a Zona de Residência, inferimos que na zona rural e na urbana a classe mais frequente é o grupo Bom (42.3% Vs 47.0%), sendo menos representado o grupo razoável (16.8% Vs 13.8%), contudo aplicado o teste Qui-Quadrado, verificou-se que o apoio social é independente da zona de residência, ( $\chi^2=1.829$ ;  $p=.401$ ) (cf. Quadro 37).

**Quadro 37 - Caracterização do Apoio Social (por grupos) em função da Zona de Residência**

Zona de Residência \ Apoio Social	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Fraco</b>	197	41.9	65	39.2	<b>262</b>	<b>41.2</b>
<b>Razoável</b>	79	16.8	23	13.8	<b>102</b>	<b>16.0</b>
<b>Bom</b>	194	42.3	78	47.0	<b>272</b>	<b>42.8</b>
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>73.9</b>	<b>166</b>	<b>26.1</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

Zona de Residência ( $\chi^2 = 1,829$ ;  $p = .401$  n.s.)

### Apoio Social Vs Variáveis Clínicas

Os cuidadores que apresentam melhor apoio social são os que relatam receber mais informação clínica, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas, ( $H=40.253$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 38).

Relativamente à variável participação nos cuidados ao familiar, inferimos que os cuidadores informais que prestaram mais vezes cuidados durante o internamento são os que apresentam melhor apoio social, ( $H=25,421$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 38).

Quanto ao esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos, inferimos que em termos médios os cuidadores informais com maior apoio social, relatam ser mais vezes escutados, ( $H=33.572$ ;  $p=.000$ ), ou seja, o esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos relaciona-se com o apoio social dos cuidadores informais (cf. Quadro 38).

Do estudo da variável Preparação para assumir o acto de cuidar, depreendemos que os cuidadores informais que se encontram totalmente preparados apresentam apoio social mais elevado, ( $H=49.568$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 38).

Inferimos ainda que os cuidadores informais que não possuem qualquer tipo de apoio institucional são os que têm melhor apoio social, contrariamente os cuidadores que usufruem do apoio domiciliário são os que possuem menos apoio social, ( $H=20.013$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 38).

**Quadro 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e o Apoio Social**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA							
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
<b>Apoio Social</b>	330.88	260.24	296.33	380.33	402.78	40.253	.000***
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR DURANTE O INTERNAMENTO HOSPITALAR							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
<b>Apoio Social</b>	277.66	265.89	317.42	371.01	338.65	25.421	.000***
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS DO CUIDADOR INFORMAL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
<b>Apoio Social</b>	285.45	285.67	301.82	351.55	429.61	33.572	.000***
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR							
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
<b>Apoio Social</b>	252.90	279.04	275.65	379.54	376.99	49.568	.000***
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL							
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
<b>Apoio Social</b>	379.16	308.34	268.63	319.44	337.64	20.013	.000***

**Apoio Social Vs Funcionalidade Familiar**

Constatou-se existir associação significativa ( $r=.514$ ;  $r^2=0.264$ ;  $p=.000$ ), ou seja, os cuidadores que relatam dispor de mais apoio social estão integrados numa família mais funcional.

Quando estudamos estas duas variáveis, por grupos, verificamos que os cuidadores informais cuja família é altamente funcional pontuaram com maior apoio social (70.6%), em sentido inverso constatamos que uma família com disfunção acentuada apresenta menor apoio social (26.7%). O teste Qui-Quadrado revela diferenças altamente significativas, ou seja, a um apoio social mais elevado corresponde uma família mais funcional (cf. Quadro 39).

**Quadro 39 - Caracterização do Apoio Social em função da Funcionalidade Familiar**

Apoio Social \ Funcionalidade Familiar	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Altamente Funcional</b>	73	27.9	56	54.9	192	70.6	262	41.2
<b>Moderadamente Funcional</b>	119	45.4	37	36.3	67	24.6	102	16.0
<b>Disfunção Acentuada</b>	70	26.7	9	8.8	13	4.8	272	42.8
<b>Total</b>	262	41.2	102	16.0	272	42.8	636	100

Funcionalidade Familiar ( $\chi^2 = 112,313$ ;  $p=.000***$ )

### **Perfil sociofamiliar dos cuidadores informais**

*Ao perfil sociofamiliar médio do cuidador informal corresponde uma família altamente funcional (50.5%), com um apoio social médio de 57.13 e possuindo a maioria bom apoio social (42.8%).*

#### **6.1.4. Caracterização Psicológica dos Cuidadores Informais**

Para a compreensão do conhecimento do funcionamento mental torna-se imprescindível a caracterização das variáveis psicológicas porque estas podem explicar a vulnerabilidade dos cuidadores informais perante o cuidado.

#### **Características da Personalidade dos Cuidadores Informais**

Para avaliar as características da personalidade dos cuidadores informais, foi utilizado o Inventário de Personalidade, já apresentado anteriormente. De acordo com os autores este inventário não comporta um valor global, mas antes valores médios de referência para cada dimensão, pelo que na dimensão Neuroticismo-Estabilidade Emocional (N) o valor foi de 10.56 ( $DP=5.04$ ), na Extroversão - Introversão (E) o valor foi 12.52 ( $Dp=3.60$ ) e na “Escala de Mentira”(L) o valor médio foi de 4.13 ( $DP=1.85$ ).

Analizando os valores de cada dimensão, constatamos que (cf. Quadro 40):

- No neuroticismo os valores variam entre um mínimo de 2 e um máximo de 19, com um valor médio de 11.16 ( $DP=2.598$ ), valor este superior ao da população portuguesa.
- Na Extroversão os valores variam entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 19, com uma média de 10.48 ( $DP=2.383$ ).
- Na “Escala de Mentira”, o valor mínimo foi de 0 e o máximo de 14, com uma média de 3.70 ( $DP=1,731$ ), apresentando uma dispersão elevada em torno da média.

Para aferirmos da relação entre as três dimensões da personalidade e o sexo, utilizamos o teste t Student e o U de Mann-Whitney, verificando-se que os homens pontuaram com maior predomínio no neuroticismo quando comparados com os do sexo feminino ( $\bar{x}=11.95$  Vs  $\bar{x}=11.01$ ), nas dimensões extroversão e escala de mentira o sexo feminino apresenta valores médios mais elevados. As diferenças encontradas são significativas apenas na dimensão neuroticismo ( $t=3.990$ ,  $p=.001$ ), ou seja, os cuidadores informais masculinos caracterizam-se por maior neuroticismo do que os do sexo feminino (cf. Quadro 40).

**Quadro 40 - Caracterização das dimensões da Personalidade dos Cuidadores Informais**

Dimensões	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Mean Rank	
<b>NEUROTICISMO (N)</b>									<b>Teste t Student</b>
Masculino	6	18	11.95	2.530	0.546	-0.072	21.17		<b>t=3.990 p=.001**</b>
Feminino	2	19	11.01	2.586	-1.142	1,687	23.49		
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>11.16</b>	<b>2.598</b>	<b>-0.722</b>	<b>1.649</b>	<b>23.28</b>		
<b>EXTROVERSÃO (E)</b>									<b>U de Mann Witheney</b>
Masculino	2	18	10.44	2.420	-0.685	3.394	23.18	317.42	<b>U=27338.5 Z=-0.066 p=.948 n.s.</b>
Feminino	2	19	10.49	2.378	-1.142	4.536	22.70	318,71	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>10.48</b>	<b>2.383</b>	<b>-1.320</b>	<b>5.387</b>	<b>22.74</b>		
<b>“ESCALA DE MENTIRA” (L)</b>									<b>U de Mann Witheney</b>
Masculino	0	10	3,64	1,830	3,454	2,727	50,27	304,67	<b>U=26025.5 Z=-0.850 p=.850 n.s.</b>
Feminino	0	14	3,71	1,713	7,217	15,043	46,17	321.17	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>3,70</b>	<b>1,731</b>	<b>7,959</b>	<b>14,335</b>	<b>46,78</b>		

### Personalidade Vs Variáveis Sociofamiliares

O Quadro 46 apresenta as correlações entre as dimensões da personalidade e a Funcionalidade Familiar. Os resultados são significativos entre a funcionalidade familiar e o neuroticismo, ( $r=.117$ ;  $p=.003$ ) e os valores de  $t$  são explicativos, explicando 1.4% da variância do neuroticismo, pelo que inferimos que os cuidadores informais com predomínio de neuroticismo, provem de famílias mais funcionais.

O estudo da relação das características da personalidade com o apoio social efectuado através do teste de correlação de Pearson revela associação significativa do neuroticismo com o apoio emocional ( $r=.095$ ;  $p=.016$ ), com o apoio instrumental ( $r=.130$ ;  $p=.001$ ) e com o apoio social (nota global) ( $r=.113$ ;  $p=.004$ ). Os valores de  $t$  são explicativos no apoio emocional, instrumental e no valor total do apoio social, explicando respectivamente 0.9%, 1.7% e 1.3% da variância do neuroticismo, ou seja, os cuidadores com predomínio de neuroticismo pontuam com melhor apoio social (nota global), melhor apoio emocional e melhor apoio instrumental (cf. Quadro 41).

Relativamente à extroversão verificamos que esta se associou de forma significativa com o apoio emocional ( $r=-.096$ ;  $p=.016$ ), sendo que este explica 0.95 da variância da extroversão dos cuidadores de idosos dependentes, verificando-se que os cuidadores menos extrovertidos são os que relatam mais apoio emocional (cf. Quadro 41).

**Quadro 41 - Análise de regressão linear simples entre as dimensões da Personalidade e as Variáveis Sociofamiliares**

	DIMENSÕES DA PERSONALIDADE									
	Neuroticismo					Extroversão				
	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Apoio Informativo	.075	0.6	.059n.s.	1.890	.059	-.027	0.1	.503 n.s.	-0.671	.503
Apoio Emocional	.095	0.9	.016*	2.412	.016	-.096	0.9	.016*	-2.420	.016
Apoio Instrumental	.130	1.7	.001**	3.293	.001	-.057	0.3	.153 n.s.	-1.430	.153
Apoio Social (valor total)	.113	1.3	.004**	2.874	.004	-.068	0.5	.087 n.s.	-1.714	.087
Funcionalidade Familiar	.117	1.4	.003**	2.965	.003	.019	0.1	.631 n.s.	0.481	.631

## Autoconceito

O Inventário do Autoconceito avalia a percepção que o indivíduo tem de si próprio. Os scores variaram entre 31 e 98, sendo o valor médio de 71.25 ( $DP=9.469$ ). A amostra global apresenta uma curva simétrica mesocúrtica, sendo que o coeficiente de variação apresenta uma dispersão baixa quer na amostra total quer em ambos os sexos, as diferenças estatísticas não são significativas (t Student:  $t=-0.001$ ;  $p=.999$ ) (cf. Quadro 42).

**Quadro 42 - Caracterização do Autoconceito dos Cuidadores Informais**

	Min	Max	M	DP	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)	Teste t Student  t=-0.001 p=.999 n.s.
AUTOCONCEITO (NOTA GLOBAL)								
Masculino	31	98	71.25	10.036	-0.824	3.765	10.09	
Feminino	45	98	71.25	9.365	-0.302	-0.891	13.14	
Total	31	98	71.25	9.469	-0.649	0.974	13.29	

Relativamente aos factores do Autoconceito, são os cuidadores informais do sexo masculino que apresentam em média, valores mais elevados nos factores auto-eficácia ( $\bar{x}=21.41$  Vs  $\bar{x}=21.27$ ) e impulsividade/actividade ( $\bar{x}=10.83$  Vs  $\bar{x}=10.57$ ). Por outro lado, as médias dos factores aceitação/rejeição social ( $\bar{x}=17.12$  Vs  $\bar{x}=17.38$ ) e maturidade psicológica ( $\bar{x}=14.42$  Vs  $\bar{x}=14.45$ ) são mais elevadas nos Cuidadores Informais do sexo feminino, mas sem diferenças significativas entre os homens e as mulheres (cf. Quadro 43).

**Quadro 43 - Caracterização do Autoconceito em função do Sexo**

Auto-Conceito		Masculino		Feminino		Teste t Student	
		$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	DP	t	p
Factores	Aceitação/ rejeição social	17.12	3.138	17.38	2.960	-0.821	.411 n.s.
	Auto-eficácia	21.41	3.612	21.27	3.354	0.386	.699 n.s.
	Maturidade psicológica	14.42	2.507	14.45	2.336	-0.121	.903 n.s.
	Impulsividade/Actividade	10.83	1.942	10.57	1.943	1.209	.226 n.s.
Autoconceito (Nota global)		71.25	10.036	71.25	9.365	-0.001	.999 n.s.

Foram constituídos três grupos do Autoconceito (Fraco, Razoável e Bom), inferindo-se que a amostra é maioritariamente constituída por cuidadores informais com razoável autoconceito (88.8%), seguido dos que auferem de bom autoconceito com 7.1%. O teste Qui-Quadrado revela não existirem diferenças estatísticas significativas entre os sexos, ( $\chi^2=1.649$ ,  $p=.438$ ) (cf. Quadro 44).

**Quadro 44 - Caracterização do Autoconceito (por grupos) em função do Sexo**

Auto-Conceito <sup>8</sup>	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Fraco</b>	3	2.9	23	4.3
<b>Razoável</b>	90	87.4	475	89.1
<b>Bom</b>	10	9.7	35	6.6
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>16.2</b>	<b>533</b>	<b>83.8</b>

Sexo ( $\chi^2 = 1.649$ ;  $p = .438$  n.s.)**Autoconceito Vs Variáveis Sociodemográficas dos cuidadores informais**

Observamos uma associação negativa entre a idade e o autoconceito (nota global e factores), ou seja, à medida que a idade dos cuidadores informais aumenta, o autoconceito é mais pobre. Verificamos pela Correlação de Pearson que os factores “Aceitação/Rejeição Social” ( $r = -.089$ ;  $p = .024$ ), a “Auto-Eficácia” ( $r = -.146$ ;  $p = .000$ ) e o valor total do autoconceito ( $r = -.108$ ;  $p = .006$ ) apresentam associações significativas. Os valores de  $t$  são explicativos nos factores Aceitação/Rejeição Social e Auto-Eficácia e na nota global do autoconceito, explicando respectivamente 0.8%, 2.1% e 1.2% da sua variabilidade em função da idade (cf. Quadro 45).

**Quadro 45 - Regressão linear simples entre a Idade e o Autoconceito**

	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Aceitação/Rejeição Social</b>	-.089	0.8	.024*	-2.255	.024
<b>Auto-Eficácia</b>	-.146	2.1	.000***	-3.708	.000
<b>Maturidade Psicológica</b>	-.018	0.1	.659 n.s.	0.441	.659
<b>Impulsividade/Actividade</b>	-.075	0.6	.059 n.s.	-1.892	.059
<b>Auto-Conceito</b>	-.108	1.2	.006**	-2.732	.006

A relação entre o Autoconceito e o Estado Civil foi estudada através da aplicação do teste Kruskal-Wallis, que nos revelou que os cuidadores informais solteiros apresentam pesos médios que indicam melhor autoconceito e os cuidadores cujo estado civil é viúvo, mas sem diferenças estatísticas significativas ( $H = 7.254$ ;  $p = .123$ ) (cf. Quadro 46).

**Quadro 46 - Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado Civil e o Autoconceito**

	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado (a)/ Divorciado(a)	União de Facto	Viúvo	Teste de Kruskal- Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	<i>p</i>
<b>Autoconceito(nota global)</b>	329.52	329.19	273.19	289.83	251.05	7.254	.123 n.s.

Os cuidadores informais desempregados apresentam pior autoconceito, por sua vez os cuidadores com emprego a tempo inteiro são os que apresentam melhor

<sup>8</sup> O teste Qui-Quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência inferior a 5 unidades. A correlação de Continuidade de Yates, aplica-se a tabelas 2\*2 e procura melhorara a análise feita a partir do Qui-Quadrado, contudo a maioria dos investigadores considera-a muito conservadora. A correcção de Yates só se aplica em tabelas 2\*2 quando os totais marginais, que respeitam apenas a uma variável, forem fixos e não variarem de uma amostra para outra, situação rara em Ciências Sociais, (Pestana e Gageiro, 2008).



autoconceito, sendo as diferenças altamente significativas (Teste de Kruskal-Wallis:  $H=12.094$ ;  $p=.007$ ) (cf. Quadro 47).

**Quadro 47 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Situação Laboral e o Autoconceito**

	Desempregado	Emprego a tempo inteiro	Emprego a tempo parcial	Outro	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Autoconceito (Nota global)	292.95	358.12	299.52	313.80	12.094	.007**

No que se refere à Zona de Residência, os resultados obtidos pelo teste t Student ( $t=-0.729$ ;  $p=.469$ ), mostram que, os cuidadores informais que residem em meio urbano e os que residem em meio rural apresentam um nível de autoconceito semelhante.

O estudo entre o Autoconceito e o Nível Socioeconómico efectuado através do teste de correlação de Pearson, revela uma associação baixa e inversa. Por sua vez o valor de t ( $t=-6.355$ ) revelou que o nível socioeconómico explica 6.0.% da variação do autoconceito, concluindo-se que, os cuidadores com melhor nível socioeconómico pontuaram com melhor autoconceito, ( $r=-0,245$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 49).

### **Autoconceito Vs Características da Preparação para a Alta**

Constatamos que os cuidadores que relatam ter recebido mais informação clínica acerca do seu familiar apresentam melhor autoconceito, (Teste de Kruskal-Wallis:  $H=20.126$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 48).

No que concerne à participação nos cuidados ao familiar dependente, inferimos que os cuidadores informais que raramente prestaram cuidados durante o internamento são os que apresentam autoconceito mais pobre, ( $H=14.967$ ;  $p=.005$ ), (cf. Quadro 48).

Quanto ao esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos dos cuidadores informais, inferimos que os cuidadores que afirmam ser sempre ouvidos e/ou esclarecidos, auferem de autoconceito mais elevado, ( $H=19.499$ ;  $p=.001$ ) (cf. Quadro 48).

Relativamente à preparação para assumir o acto de cuidar, depreendemos que os cuidadores informais que relatam maior preparação para cuidar do “idoso dependente” detêm melhor autoconceito, ( $H=57.541$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 48).

Os cuidadores informais que dispõem de apoio domiciliário são os que têm pior autoconceito, por sua vez os cuidadores que não têm qualquer apoio são os que se percebem com melhor auto-conceito, ( $H=29.122$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 48).

**Quadro 48 - Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e o Autoconceito**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA							
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
<b>Autoconceito</b>	351.48	280.02	303.88	348.38	417.50	<b>20.126</b>	<b>.000***</b>
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Autoconceito</b>	308.27	261.78	316.69	343.98	348.47	<b>14.967</b>	<b>.005**</b>
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Autoconceito</b>	320.06	304.13	299.48	329.54	411.39	<b>19.499</b>	<b>.001**</b>
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR							
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Autoconceito</b>	282.52	269.48	273.89	366.35	415.38	<b>57.541</b>	<b>0,000***</b>
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL							
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Autoconceito</b>	383.09	300.02	264.23	310.87	359.46	<b>29.122</b>	<b>.000***</b>

### Autoconceito Vs Variáveis Sócio-Familiares

A correlação de Pearson entre o Autoconceito e as variáveis sociofamiliares revela que as associações são positivas e com uma intensidade baixa e moderada na funcionalidade familiar e no apoio social, respectivamente. Foi encontrada uma associação estatística significativa, entre o autoconceito e a funcionalidade familiar ( $r=.352$ ;  $p=.000$ ). O valor de t revelou ainda que a funcionalidade familiar explica 12.4% da variância do auto conceito, ou seja, inferimos que quanto mais funcional for a família melhor autoconceito dos cuidadores (cf. Quadro 49).

Relativamente à relação entre o autoconceito e o apoio social, constatamos que a associação encontrada é estatisticamente significativa, quer no apoio social (nota global) ( $r=.549$ ;  $p=.000$ ), quer nos factores. Os valores de t são explicativos no apoio informativo, emocional, instrumental e no valor total do apoio social, pelo que se infere que quando o apoio social aumenta, o autoconceito dos cuidadores informais se torna melhor. Desta forma consideramos ser possível o autoconceito ser influenciado pelas variáveis sociofamiliares (cf. Quadro 49).

**Quadro 49 - Análise de regressão linear simples entre o Autoconceito (Nota global), o Nível Socioeconómico e as Variáveis Sociofamiliares**

	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Nível Socioeconómico</b>	-.245	6.0	.000***	-6.355	.000
<b>Funcionalidade Familiar</b>	.352	12.4	.000***	9.460	.000
<b>Apoio Informativo</b>	.506	25.6	.000***	14.771	.000
<b>Apoio Emocional</b>	.534	28.5	.000***	15.896	.000
<b>Apoio Instrumental</b>	.388	15.1	.000***	10.593	.000
<b>Apoio Social (Nota global)</b>	.549	30.1	.000***	16.550	.000

*Da análise verificamos que, os cuidadores familiares com melhor autoconceito são os cuidadores, mais novos, que possuem um emprego a tempo inteiro, com nível socioeconómico mais elevado, e que receberam mais informação clínica acerca do seu familiar; prestaram sempre cuidados durante o internamento ao idoso dependente; foram sempre ouvidos e/ou esclarecidos acerca das suas dúvidas e receios; sentem-se melhor preparados para o cuidar do “idoso dependente”; não têm qualquer apoio domiciliário; pertencem a famílias mais funcionais; possuem melhor apoio social.*

### **Vulnerabilidade ao Stress**

O facto de um indivíduo se sentir ou não em *stress* é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada por si como diferente e que lhe cria exigências específicas. Assim, o estudo da vulnerabilidade ao *stress* é fundamental para sabermos se a nossa amostra apresenta, ou não, risco aumentado de reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida, nomeadamente o cuidado de um familiar dependente.

As estatísticas relativas à escala 23 QVS revelam que o valor médio obtido na totalidade da amostra foi de 41.76, inferindo-se que, em termos médios na nossa amostra, não existe tendência para a vulnerabilidade ao *stress*, pois o autor da escala - Vaz Serra (2000) - considera como valor de corte o score de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o indivíduo poderá estar mais exposto ao *stress*.

Relativamente ao sexo, os cuidadores femininos apresentam, em média (Mean Rank=325.19), maior tendência para a vulnerabilidade ao *stress* do que os cuidadores masculinos (Mean Rank=283.88), com diferenças estatisticamente significativas (Teste U de Mann-Whitney:  $U=23884.0$ ;  $Z=-2.090$ ;  $p=.037$ ) (cf. Quadro 50).

**Quadro 50 -** Caracterização da Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Informais (amostra total)

	Min	Max	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i> <sub>erro</sub>	<i>K</i> <sub>erro</sub>	CV (%)	Mean Rank	Teste U Mann-Whitney
<b>Masculino</b>	7	70	39.68	10.096	-2.786	3.839	25.44	283.88	$U=23884.0$ $Z=-2.090$ $p=.037^*$
<b>Feminino</b>	10	71	42.17	9.701	-1.566	0.502	23.00	325.19	
<b>Total</b>	7	71	41.76	9.801	2.660	0.208	23.47		

Para complementar o estudo da Vulnerabilidade ao Stress seguimos os critérios do autor da escala Vaz Serra (2000) e classificamos os cuidadores informais em dois grupos: o primeiro, diz respeito aos indivíduos que obtiveram scores inferiores ou iguais a 43, isto é, “sem vulnerabilidade ao *stress*”, constituído por 45.0% dos cuidadores informais, e o segundo, constituído pelos indivíduos cujo score foi superior a 43 e, portanto, “com vulnerabilidade ao *stress*”, representando 55.0%, ou seja, a maioria dos

cuidadores informais. Embora os cuidadores femininos se apresentem, mais vulneráveis ao *stress* (46.5%) do que os masculinos (36.9%), não se verificando todavia, diferenças significativas entre os grupos (teste Qui-Quadrado:  $\chi^2 = 3,239$ ;  $p = .072$ ) (cf. Quadro 51).

**Quadro 51** - Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Sexo (amostra total)

Sexo	Sem Vulnerabilidade		Com Vulnerabilidade		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino	38	36.9	65	63.1	103	16.2
Feminino	248	46.5	285	53.5	533	83.8
Total	286	45.0	350	55.0	636	100

Sexo ( $\chi^2 = 3.239$ ;  $p = .072$  n.s.)

### Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis Sócio-demográficas

Iniciamos o estudo da relação entre a Idade e a Vulnerabilidade ao Stress efectuando o teste de correlação de Pearson. Daí, podemos referir que a associação entre as variáveis é positiva mas muito baixa, com valores significativos, pelo que inferimos que a vulnerabilidade ao stress aumenta com a idade ( $r = .158$ ;  $p = .000$ ), e pelo valor de *t* observamos que a idade explica 2.5% da variabilidade da vulnerabilidade dos cuidadores (cf. Quadro 56).

O estudo da relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e os Grupos Etários realizado através do teste Kruskal-Wallis, revela que os cuidadores com menor vulnerabilidade ao stress são os que se encontram no grupo etário dos [15 – 35[ anos com (Mean Rank=247.31), e os que têm maior vulnerabilidade são os que pertencem ao grupo [75 – 95[ com Mean Rank de 353.58, sendo, estas diferenças estatisticamente significativas ( $H = 17.772$ ;  $p = .000$ ), ou seja, mais uma vez podemos inferir que na presente amostra a vulnerabilidade ao stress é influenciada pelo aumento da idade (cf. Quadro 52).

Os cuidadores separados/divorciados são mais vulneráveis ao *stress* (Mean Rank=395.25) e os cuidadores informais solteiros são os menos vulneráveis (Mean Rank=280.46). Contudo o Estado Civil não exerce influência sobre a Vulnerabilidade ao Stress, pois as diferenças não são significativas ( $H = 7.991$ ;  $p = .092$ ) (cf. Quadro 52).

O teste de Kruskal-Wallis utilizado para estudar a relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Grau de Parentesco, permitiu verificar que os cuidadores informais cujo grau é *marido/esposa* são os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress (Mean Rank=353.17), por sua vez e em sentido contrário, o grau parentesco *filho ou genro/nora* são os menos vulneráveis ao *stress* (Mean Rank=299.97). O teste de Kruskal-Wallis revela que as diferenças são significativas ( $H = 9.679$ ;  $p = .021$ ), ou seja, o grau de parentesco relacionou-se com a vulnerabilidade dos cuidadores informais (cf. Quadro 52).

O estudo da Vulnerabilidade ao Stress em função da Situação Laboral reflecte menor vulnerabilidade ao stress nos cuidadores informais com emprego a tempo inteiro (Mean Rank=262.06), contrastando com os cuidadores desempregados que apresentam maior vulnerabilidade (Mean Rank=345.47), (Teste de Kruskal-Wallis:  $H=22.422$ ;  $p=0.000$ ), ou seja, o tipo de vínculo laboral guarda relação com a vulnerabilidade ao stress dos cuidadores informais, (cf. Quadro 52).

**Quadro 52 - Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress (amostra total)**

	$\bar{X}$	DP	Mean Rank	Kruskal-Wallis
GRUPO ETÁRIO				
[15 – 35[	38.19	9.411	247.31	H=17.772 p=.000***
[35 – 55[	42.09	9.713	321.74	
[55 – 75[	42.58	9.766	340.42	
[75 – 95[	43.67	10.092	353.58	
ESTADO CIVIL				
Solteiro(a)	39.80	10.714	280.46	H=7.991 p=.092 n.s.
Casado(a)	41.85	9.704	320.21	
Separado(a)/Divorciado(a)	46.25	11.463	395.25	
União de Facto	43.13	7.060	341.67	
Viúvo	42.92	8.195	347.80	
GRAU DE PARENTESCO				
Marido/Esposa	43.25	9.610	353.17	H=9.679 p=.021*
Filho(a) ou genro/nora	40.96	10.051	299.97	
Sobrinho(a)	42.53	9.776	339.65	
Outro	41.53	9.340	311.93	
SITUAÇÃO LABORAL				
Desempregado(a)	43.36	9.450	345.47	H=22.422 p=.000***
Emprego a Tempo Inteiro	38.94	9.633	262.06	
Emprego a Tempo Parcial	42.48	9.903	332.18	
Outro	42.57	9.729	338.36	

O estudo da relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e a Zona de Residência foi realizado através do teste U de Mann Witheney, inferindo-se que a diferença nos valores da vulnerabilidade ao stress entre zona rural e a urbana não são estatisticamente significativos ( $U=37736.0$ ;  $Z=-0.626$ ;  $p=.531$ ) (cf. Quadro 54).

O estudo entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Nível Socioeconómico efectuado através do teste de correlação de Pearson, revela uma associação baixa e positiva, ou seja, os cuidadores com pior nível socioeconómico pontuam com maior vulnerabilidade ao stress, ( $r=.290$ ;  $p=.000$ ), sendo que o nível socioeconómico explica 8.4% da variação da vulnerabilidade ao stress (cf. Quadro 56).

Esta constatação é reforçada com o estudo da relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e as classes socioeconómicas, em que o teste Kruskal-Wallis, reforça que os cuidadores com menor vulnerabilidade ao stress total são os que apresentam um nível socioeconómico muito bom (Classe I) e os que têm maior vulnerabilidade são os que detêm um nível socioeconómico mau (Classe V). Dado que, as diferenças são estatisticamente significativas ( $H= 46.972$ ;  $p=.000$ ), infere-se que a vulnerabilidade ao stress difere em função da classe social (cf. Quadro 53).

**Quadro 53** - Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Nível Socioeconómico (grupos) (amostra total)

NSE (grupos)	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis
Classe I Classe superior alta NSE Muito Bom	33.45	10.422	174.74	<b>H=46.972</b> <b>p=.000***</b>
Classe II Classe superior baixa NSE Bom	39.32	9.323	270.39	
Classe III Classe Média NSE razoável	40.90	9.526	298.59	
Classe IV Classe Inferior alta NSE Reduzido	43.96	9.136	363.71	
Classe V Classe inferior baixa NSE Mau	46.64	10.928	403.52	

**Vulnerabilidade ao Stress Vs Variável Clínica**

Observamos que os cuidadores que tomam medicação para dormir apresentam ordenações médias tradutoras de maior vulnerabilidade ao stress face aos cuidadores que não recorrem à ingestão de medicamentos para dormir (cf. Quadro 54).

**Quadro 54** - Caracterização da Vulnerabilidade ao Stress em função da Zona de Residência e da Toma de Medicação para Dormir (amostra total)

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	U de Mann Witheney
ZONA DE RESIDÊNCIA				
Rural	41.95	9.738	321.21	U=37736.0 Z=-0.626 p=.531 n.s.
Urbano	41.22	9.987	310.83	
TOMA DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR				
Não	40.77	9.626	299.53	U=25312.0 Z=-4.903 p=.000***
Sim	45.26	9.642	385.70	

Constatamos que os cuidadores que recebem mais informação clínica (plenamente suficiente) acerca do seu familiar apresentam menor vulnerabilidade ao stress (Mean Rank=206.47), (Kruskal-Wallis: H=23.420; p=.000) (cf. Quadro 60).

Relativamente à participação nos cuidados ao familiar dependente, constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (H=8.118; p=.087) (cf. Quadro 55).

No esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos dos cuidadores informais, inferimos que quando os cuidadores nunca são ouvidos e/ou esclarecidos a vulnerabilidade ao stress é mais elevada (Mean Rank=368.74). Em termos estatísticos as diferenças encontradas são significativas (H=14.644; p=.005), ou seja, os cuidadores portadores de dúvidas, medo e sentimentos manifestam maior vulnerabilidade (cf. Quadro 55).

Relativamente à preparação para assumir o acto de cuidar, concluímos que quanto melhor é a preparação para o cuidar do doente dependente, menos vulneráveis se apresentam os cuidadores informais, ( $H=23.751$ ;  $p=.000$ ), (cf. Quadro 55).

Por último, os cuidadores informais que usufruem de apoio domiciliário são os que têm maior vulnerabilidade, contudo as diferenças estatísticas encontradas não são significativas ( $H=3.608$ ;  $p=0.462$ ) (cf. Quadro 55).

**Quadro 55 - Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e a Vulnerabilidade ao Stress (amostra total)**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA						
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H p
<b>Vulnerabilidade ao Stress</b>	337.94	361.41	330.50	285.47	206.47	23.420 .000***
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
<b>Vulnerabilidade ao Stress</b>	359.14	331.72	303.23	300.90	317.47	8.118 .087 n.s.
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
<b>Vulnerabilidade ao Stress</b>	368.74	333.27	320.64	304.10	251.71	14.644 .005**
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR						
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
<b>Vulnerabilidade ao Stress</b>	350.58	362.30	343.56	278.76	273.88	23.751 0.000***
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL						
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
<b>Vulnerabilidade ao Stress</b>	302.59	321.27	344.10	312.21	308.80	3.608 .462 n.s.

### **Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis Sócio-Familiares (amostra total)**

Os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam menor vulnerabilidade ao stress, (Correlação de Pearson  $r=-.452$ ;  $p=.000$ ), com um valor de  $t$  que explica 20.4% da variação da vulnerabilidade ao stress dos cuidadores informais (cf. Quadro 56).

No que concerne ao Apoio Social, encontramos uma correlação de Pearson, moderada e inversa entre a nota global e factores do apoio social e a vulnerabilidade ao stress, variando entre um mínimo de -0.376 e um máximo de 0.487, sendo as correlações estatisticamente significativas. Os valores de  $t$  são explicativos no apoio informativo, emocional, instrumental e no valor total do apoio social, ou seja, os cuidadores mais



vulneráveis dispõem de menos apoio social (nota global) e menos apoio informativo, emocional e instrumental (cf. Quadro 56).

**Quadro 56** - Análise de regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e as Variáveis Socio-Familiares (amostra total)

	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>	.158	2.5	.000***	4.029	.000
<b>Nível Socioeconómico</b>	.290	8.4	.000***	7.620	.000
<b>Apoio Informativo</b>	-,376	14.1	.000***	-10.226	.000
<b>Apoio Emocional</b>	-,478	22.8	.000***	-13.690	.000
<b>Apoio Instrumental</b>	-,416	17.3	.000***	-11.520	.000
<b>Apoio Social (Nota global)</b>	-,487	23.7	.000***	-14.030	.000
<b>Funcionalidade Familiar</b>	-,452	20.4	.000***	-7.906	.000

*Na amostra total os cuidadores informais mais vulneráveis ao stress são as mulheres, os mais velhos, com o grau de parentesco Marido/Esposa, desempregados, com um pior nível socioeconómico, os que tomam medicação para dormir, os cuidadores menos informados acerca do seu familiar, os cuidadores que nunca foram ouvidos e/ou esclarecidos acerca das suas duvidas e receios, os que se sentem pior preparados para cuidar do idoso dependente e os cuidadores inseridos em famílias disfuncionais dispondo de fraco apoio social.*

### Caracterização dos Cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress

O autor da escala - Vaz Serra (2000) considera como valor de corte o score de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o indivíduo poderá estar mais exposto ao stress. A análise do Quadro 56 evidencia que 55% da amostra encontra-se vulnerável ao stress, pelo que procuramos analisar de seguida apenas os cuidadores vulneráveis e determinar que variáveis influenciam a vulnerabilidade ao stress.

Relativamente ao sexo, os cuidadores femininos apresentam, maior vulnerabilidade ao stress do que os cuidadores masculinos (Mean Rank=147.90 Vs Mean Rank=114.76), com diferenças estatisticamente significativas (Teste U de Mann-Whitney: U=3620.0; Z= -2.307; *p*=.021) (cf. Quadro 57).

**Quadro 57** - Caracterização dos Cuidadores Informais Vulneráveis ao Stress

	Min	Max	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i> <sub>erro</sub>	<i>K</i> <sub>erro</sub>	<i>CV</i> (%)	Mean Rank	Teste U Mann-Whitney
<b>Masculino</b>	44	70	48.79	5.210	5.728	8.568	10.68	114.76	<b>U=3620.0</b> <b>Z=-2.307</b> <b><i>p</i>=.021*</b>
<b>Feminino</b>	44	71	50.47	5.242	7.148	4.860	10.39	147.90	
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>71</b>	<b>50.25</b>	<b>5.260</b>	<b>8.430</b>	<b>6.341</b>	<b>10.47</b>		



### Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis Sócio-Demográficas

O estudo da relação entre a Idade e os cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress evidencia uma associação entre as variáveis é muito baixa e negativa, com valores não significativos, pelo que inferimos que a vulnerabilidade ao stress não sofre influencia da idade ( $r=-.032$ ;  $p=.589$ ) (cf. Quadro 58 e 62).

Os cuidadores solteiros são mais vulneráveis ao stress (Mean Rank=174.87) e os cuidadores informais viúvos são os menos vulneráveis (Mean Rank=113.66), contudo sem significância estatística ( $H= 7.773$ ;  $p=.100$ ) (cf. Quadro 58).

São os cuidadores com o parentesco de *marido/esposa* que pontuaram com menor vulnerabilidade ao stress (Mean Rank=140.02), contudo o teste estatístico revela que as diferenças não são estatisticamente significativas ( $H=0.379$ ;  $p=.945$ ).

Os cuidadores informais com emprego a tempo inteiro relatam menor vulnerabilidade ao stress (Mean Rank=134.17), contudo as diferenças encontradas não são significativas ( $H=0.921$ ;  $p=.820$ ) (cf. Quadro 58).

**Quadro 58** - Estatísticas referentes aos Cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis
GRUPO ETÁRIO				
[15 – 35[	49.85	4.106	148.65	H=5.800 p=.122 n.s.
[35 – 55[	50.62	5.616	179.76	
[55 – 75[	49.88	4.691	184.42	
[75 – 95[	49.95	6.769	185.75	
ESTADO CIVIL				
Solteiro(a)	51.97	5.196	174.87	H=7.773 p=.100 n.s.
Casado(a)	50.12	5.244	141.34	
Separado(a)/Divorciado(a)	52.50	8.045	159.90	
União de Facto	49.71	3.147	146.36	
Viúvo	48.32	3.734	113.66	
GRAU DE PARENTESCO				
Marido/Esposa	49.91	4.907	140.02	H=0.379 p=.945 n.s.
Filho(a) ou genro/nora	50.47	5.778	143.63	
Sobrinho(a)	50.21	5.041	144.82	
Outro	50.32	4.770	148.52	
SITUAÇÃO LABORAL				
Desempregado(a)	50.53	5.940	143.81	H=0.921 p=.820 n.s.
Emprego a Tempo Inteiro	49.75	5.335	134.17	
Emprego a Tempo Parcial	50.32	5.177	144.77	
Outro	50.26	4.786	147.35	

A Vulnerabilidade ao Stress não se modifica em função da Zona de Residência, ( $U=7214,5$ ;  $Z=-0.576$ ;  $p=.564$ ) (cf. Quadro 60).

No grupo dos cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress naqueles em que o nível socioeconómico é pior pontuam com maior vulnerabilidade ao stress, contudo a associação não se revelou estatisticamente significativa, ( $r=.092$ ;  $p=.121$ ) (cf. Quadro 62).

O estudo da Vulnerabilidade ao Stress em função das classes socioeconómicas, utilizando o teste Kruskal-Wallis, reforça que os cuidadores com menor vulnerabilidade ao

stress são os que apresentam um nível socioeconómico muito bom (Classe I) (Mean Rank=132.30), e os que têm maior vulnerabilidade são os que detêm um nível socioeconómico mau (Classe V) (Mean Rank =157.21), contudo as diferenças não foram estatisticamente significativas ( $H= 1.158$ ;  $p=.885$ ) (cf. Quadro 59).

**Quadro 59 - Estatísticas dos Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress em função do Nível Socioeconómico (grupos)**

NSE (grupos)	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis
Classe I Classe superior alta NSE Muito Bom	49.00	3.162	132.30	<b>H=1.158 p=.885 n.s.</b>
Classe II Classe superior baixa NSE Bom	50.28	3.974	153.92	
Classe III Classe Média NSE razoável	50.11	5.269	141.00	
Classe IV Classe Inferior alta NSE Reduzido	50.14	5.109	141.94	
Classe V Classe inferior baixa NSE Mau	52.05	7.785	157.21	

### Vulnerabilidade ao Stress Vs Variável Clínica

Observamos que os cuidadores que tomam medicação para dormir se apresentam mais vulneráveis face aos cuidadores que não recorrem à ingestão de medicamentos para dormir (Mean Rank=165.86 Vs Mean Rank=134.51), (Teste U de Mann Witheney:  $U=6530.5$ ;  $Z=-2.907$ ;  $p=.004$ ) (cf. Quadro 60).

**Quadro 60 - Caracterização dos Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress em função da Zona de Residência e da Toma de Medicação para Dormir**

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	U de Mann Witheney
ZONA DE RESIDÊNCIA				
Rural	50.23	5.441	141.90	U=7214,5 Z=-0,576 p=0,564 n.s.
Urbano	50.31	4.695	148.44	
TOMA DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR				
Não	49.70	4.999	134.51	U=6530.5 Z=-2.907 p=.004**
Sim	51.62	5.660	165.86	

Os cuidadores que recebem mais informação clínica (plenamente suficiente) acerca do seu familiar apresentam menor vulnerabilidade ao stress. Quanto à participação nos cuidados ao familiar dependente e no esclarecimento de dúvidas, medo e sentimentos dos cuidadores informais, constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Relativamente à preparação para assumir o acto de cuidar, concluímos que nunca se prepararam para a alta são os mais vulneráveis, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $H=7.475$ ;

$p=.113$ ). Por último, os cuidadores informais que usufruem de apoio domiciliário observamos que as diferenças encontradas revelaram não ser estatisticamente significativas (cf. Quadro 61).

**Quadro 61 - Teste de Kruskal-Wallis entre Características da Preparação para a Alta e os Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA						
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H p
Vulnerabilidade ao Stress	131.50	173.21	135.76	141.78	103.36	10.670 .031*
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Vulnerabilidade ao Stress	164.14	128.68	133.49	150.77	141.34	6.750 .150 n.s.
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Vulnerabilidade ao Stress	161.86	148.24	135.54	152.77	125.77	5.055 .282 n.s.
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR						
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Vulnerabilidade ao Stress	171.85	160.06	133.55	156.78	129.66	7.475 .113 n.s.
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL						
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Vulnerabilidade ao Stress	163.58	143.89	135.80	150.63	132.33	4.082 .395 n.s.

### Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis Sociofamiliares

Os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam menor vulnerabilidade ao stress, (Correlação de Pearson  $r=-.207$ ;  $p=.000$ ), com um valor de  $t$  que explica 4.3% da variação da vulnerabilidade ao stress dos cuidadores informais (cf. Quadro 62).

Face ao Apoio Social, encontramos uma correlação de Pearson, inversa entre a nota global e factores do apoio social e a vulnerabilidade ao stress, variando entre um mínimo de 0.178 e um máximo de 0.251, sendo as correlações estatisticamente significativas. Os valores de  $t$  são explicativos no apoio informativo, emocional, instrumental e no valor total do apoio social, da variância da vulnerabilidade ao stress, ou seja, os cuidadores mais vulneráveis dispõem de menos apoio social (nota global) e menos apoio informativo, emocional e instrumental (cf. Quadro 62).

**Quadro 62** - Análise de regressão linear simples entre os Cuidadores Informais com Vulnerabilidade ao Stress e as Variáveis Sociofamiliares

	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade	-.032	0.1	.589	-0.541	.589
Nível Socioeconómico	.092	0.8	.121	1.557	.121
Apoio Informativo	-.178	3.2	.002	-3.056	.002
Apoio Emocional	-.251	6.3	.000	-4.371	.000
Apoio Instrumental	-.184	3.4	.002	-3.162	.002
Apoio Social (Nota global)	-.244	5.9	.000	-4.239	.000
Funcionalidade Familiar	-.207	4.3	.000	-3.560	.000

O Quadro 63 exhibe as correlações entre os cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress e as Características da Personalidade, verificando-se que a vulnerabilidade se associou com o neuroticismo ( $r=-.171$ ;  $p=.004$ ). Os valores de  $t$  são explicativos para a vulnerabilidade ao stress explicando 2.9% da variância do neuroticismo, ou seja, os cuidadores em que o traço de neuroticismo é mais acentuado estão mais vulneráveis.

Assinalamos que a associação entre os cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress e o Autoconceito é moderada (Pearson:  $r=-.300$ ;  $p=.000$ ) e de sentido inverso, pelo que, os cuidadores com melhor autoconceito, encontram-se menos vulneráveis. Apresentando um valor de  $t$  de -5.299 que explica 9.0% da variação do autoconceito (cf. Quadro 63).

**Quadro 63** - Análise de regressão linear simples entre a Personalidade, o Autoconceito e os cuidadores informais com Vulnerabilidade ao Stress

DIMENSÕES DA PERSONALIDADE										
Neuroticismo						Extroversão				
	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Vulnerabilidade ao Stress	-0.171	2.9	.004	-2.922	.004	-.074	0.0	.211	-1.254	.211
AUTO-CONCEITO										
	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>					
Vulnerabilidade ao Stress	-.300	9.0	.000	-5.299	.000					

### Perfil psicológico dos cuidadores informais

*Se quiséssemos traçar o perfil psicológico do cuidador informal, teríamos um cuidador em que a característica de personalidade predominante é o traço de neuroticismo ( $\bar{x}=11.16$ ) (superior ao geral da população portuguesa), com razoável autoconceito ( $\bar{x}=71.25$ ) e vulnerável ao stress (55.0%).*

### Relação entre Personalidade, Autoconceito e Vulnerabilidade ao Stress (amostra total)

A análise efectuada à matriz de correlação de Pearson entre o Autoconceito e as Características da Personalidade permite constatar existirem associações positivas muito

baixas entre o autoconceito e o neuroticismo, e negativas na dimensão extroversão. Desta forma considera-se que os cuidadores com predomínio de extroversão detêm um autoconceito mais pobre e contrariamente quando existe predomínio de neuroticismo o autoconceito é mais elevado, ou seja, os cuidadores com melhor autoconceito possuem o traço de neuroticismo mais acentuado (cf. Quadro 64).

O Quadro 64 patenteia também as correlações entre a Vulnerabilidade ao Stress e as Características da Personalidade, verificando-se que a vulnerabilidade se associou com o neuroticismo ( $r=-.324$ ;  $p=.000$ ). Os valores de  $t$  são explicativos aceitando-se que a vulnerabilidade ao stress explica 11.6% da variância do neuroticismo, ou seja, os cuidadores em que o traço de neuroticismo é mais acentuado encontram-se mais vulneráveis.

Notamos que a associação entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Autoconceito é moderada (Pearson:  $r=-.542$ ;  $p=.000$ ) e de sentido inverso, ou seja, os cuidadores com melhor autoconceito, encontram-se menos vulneráveis. Apresentando um valor de  $t$  de -16.260 que explica 29.4% da variação do autoconceito (cf. Quadro 64).

**Quadro 64** - Análise de regressão linear simples entre a Personalidade, o Autoconceito e a Vulnerabilidade ao Stress (amostra total)

DIMENSÕES DA PERSONALIDADE								
	Neuroticismo				Extroversão			
	$r$	$r^2$ (%)	$t$	$p$	$r$	$r^2$ (%)	$t$	$p$
Auto-Conceito	.105	1.1	2.656	0,008	-.086	0,7	-2.174	.030*
Vulnerabilidade ao Stress	-.324	11.6	-8.633	0,000	.019	0,1	0.975	.631 n.s.
AUTO-CONCEITO								
	$r$	$r^2$ (%)	$t$	$p$				
Vulnerabilidade ao Stress	-.542	29.4	-16.260	.000***				

#### 6.1.5. Sobrecarga do Cuidador Informal

A sobrecarga é uma variável que integra como já referido anteriormente sete subescalas (*Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o Papel e com o Familiar, Reacções a Exigências, Sobrecarga Emocional Relativa ao Doente, Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo*), pelo que as mesmas serão avaliadas individualmente.

##### - Sobrecarga do Cuidador Informal Vs Variáveis Sociodemográficas

O Teste U de Mann-Whitney indica-nos que as mulheres relatam mais implicações na vida pessoal, porém as diferenças estatísticas não se revelaram significativas ( $U=24792.0$ ;  $Z=-1.557$ ;  $p=.120$ ), o que equivale a afirmar que as implicações na vida pessoal afectam de forma equivalente os cuidadores de ambos os sexos (cf. Quadro 65).

Ao analisarmos os resultados relativos à Satisfação com o Papel e com o Familiar, as Reacções a Exigências, a Sobrecarga Financeira e a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo inferimos que são os cuidadores informais do sexo feminino que apresentam em média maior sobrecarga nestas quatro subescalas, contudo as diferenças encontradas não se mostram estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ) (cf. Quadro 65).

Na análise dos valores relativos à Sobrecarga Emocional Relativa ao Doente e Suporte Familiar apurou-se serem os cuidadores informais do sexo masculino que apresentam maior sobrecarga, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas (Sobrecarga emocional relativa ao doente:  $U=26868.5$ ;  $Z=-0.340$ ;  $p=.734$ ; Suporte familiar:  $U=26104.5$ ;  $Z=-0.788$ ;  $p=.431$ ) (cf. Quadro 65).

**Quadro 65 -** Teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador Informal e o Sexo

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
IMPLICAÇÕES NA VIDA PESSOAL DO CUIDADOR INFORMAL						
Masculino	43.22	15.24	292.69	24792.0	-1.557	.120 n.s.
Feminino	46.30	17.85	311,78			
Total	45.80	17.48				
SATISFAÇÃO COM O PAPEL FAMILIAR						
Masculino	42.57	15.25	310.20	26595.5	-0.500	.617 n.s.
Feminino	43.64	22.80	320.10			
Total	43.47	22.37				
REACÇÕES A EXIGÊNCIAS						
Masculino	34.32	18.985	320.96	27195.5	-0.149	.882 n.s.
Feminino	34.50	19.694	318.02			
Total	34.71	19.566				
SOBRECARGA EDMOCIONAL RELATIVA AO OENTE						
Masculino	59.63	14.088	324.14	26868.5	-0.340	.734 n.s.
Feminino	59.46	17.950	317.41			
Total	59.49	17.373				
SUORTE FAMILIAR						
Masculino	61.41	25.432	331.56	26104.5	-0.788	.431 n.s.
Feminino	59.87	25.330	317.40			
Total	60.12	25.332				
SOBRECARGA FINANCEIRA						
Masculino	72.09	19.270	312.95	26878.0	-0.335	.738 n.s.
Feminino	72.19	21.617	319.57			
Total	72.17	21.240				
PERCEPÇÃO DOS MECANISMOS DE EFICÁCIA E CONTROLO						
Masculino	66.34	18.262	293.35	24860.5	-1.517	.193 n.s.
Feminino	68.75	20.488	323.36			
Total	68.36	20.150				

O estudo da associação da Idade com as subescalas Sobrecarga do Cuidador Informal revelou existir uma correlação de Pearson estatisticamente significativa entre a idade e a sobrecarga do cuidador informal nas subescalas, Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal ( $r=.183$ ;  $p=.000$ ), na satisfação com o papel e com o familiar ( $r=.135$ ;  $p=.001$ ) e com as reacções a exigências ( $r=.098$ ;  $p=.013$ ). O valor de t que evidencia que as subescalas implicações na vida pessoal do cuidador informal, satisfação

com o papel e com o familiar e as reacções a exigências, explicam respectivamente 3.3%, 1.8%, 0.9%, da variação da sobrecarga atribuída à idade (cf. Quadro 68).

Nas restantes quatro subescalas, sobrecarga emocional relativa ao doente, suporte familiar, sobrecarga financeira e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo, observamos existir uma associação negativa e baixa em todas elas, com excepção da subescala suporte familiar, onde a associação é positiva. Contudo dado que a correlação não é significativa ( $p > 0,05$ ), inferiu-se que a idade não se associou de forma significativa com a sobrecarga emocional relativa ao doente, ao suporte familiar, e financeiro e na percepção dos mecanismos de eficácia e controlo (cf. Quadro 66).

A Sobrecarga do Cuidador Informal é independente do Estado Civil, pois o teste de Kruskal-Wallis revela que as diferenças estatísticas nas sete subescalas em função dos diferentes grupos do estado civil não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. Quadro 66).

No estudo da variável Grau de Parentesco, verificamos que nas subescalas reacções a exigências as diferenças encontradas pelo teste de Kruskal-Wallis são estatisticamente significativas ( $H=17.616$ ;  $p=.001$ ), ou seja, os cuidadores informais com o grau de parentesco filho ou genro/nora são os cuidadores que menos sobrecargas apresentam na referida subescala (Mean Rank=292.09), por sua vez na subescala suporte familiar são os cuidadores com o grau de parentesco marido/esposa que têm maior sobrecarga (Mean Rank=356.58), ( $H=11.097$ ;  $p=.012$ ). Nas restantes subescalas as diferenças encontradas não são significativas (cf. Quadro 66).

No que respeita à Situação Laboral, verificamos que nas subescalas implicações na vida pessoal do cuidador informal ( $H=16.370$ ;  $p=.001$ ) e na satisfação com o papel familiar ( $H=11.958$ ;  $p=.008$ ), são os cuidadores desempregados os que apresentam maior sobrecarga nestas duas subescalas, (Mean Rank de 350.84 e 340.34, respectivamente), por outro lado os cuidadores com emprego a tempo inteiro são os que apresentam menor sobrecarga em ambas as subescalas (Mean Rank de 272.27 e 281.05, respectivamente). Na subescala reacções a exigências, os cuidadores com maior sobrecarga são os que têm um emprego a tempo parcial (Mean Rank =344.93), mantendo-se os cuidadores com emprego a tempo inteiro menor sobrecarga também nesta subescala (Mean Rank =287.45), sendo as diferenças significativas ( $H=8.011$ ;  $p=.046$ ) (cf. Quadro 66).

**Quadro 66** - Teste de Kruskal-Wallis entre a Sobrecarga o Estado Civil, Grau de Parentesco e Situação Laboral do Cuidador Informal

ESTADO CIVIL							
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado/ Divorciado	União de Facto	Viúvo(a)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	280.00	325.66	316.66	242.03	353.16	5.100	.277
Satisfação com o Papel Familiar	302.71	320.95	356.25	251.2	336.79	4.264	.427
Reacções a Exigências	300.83	316.47	382.12	342.43	350.49	3.269	.371
Sobrecarga Edmocional relativa ao oente	300.80	319.72	390.90	345.2	305.05	4.007	.405
Suporte Familiar	297.17	325.26	329.97	268.63	300.51	3.544	.471
Sobrecarga Financeira	327.85	321.70	326.78	212.93	294.01	6.310	.177
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	306.88	326.89	288.78	194.8	303.09	9.001	.061
GRAU DE PARENTESCO							
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Marido/ Esposa	Filho ou Genro/Nora	Sobrinho(a)	Outro	Teste de Kruskal-Wallis		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p	
Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal	350.97	315.05	324.03	284.11	6.307	.098	
Satisfação com o Papel Familiar	338.05	318.06	315.75	295.44	4.054	.255	
Reacções a Exigências	358.81	292.09	378.1	314.42	17.616	.001**	
Sobrecarga Emocional relativa ao Doente	310.32	335.43	280.07	299.12	5.898	.117	
Suporte Familiar	356.58	308.99	315.41	292.63	11.097	.012*	
Sobrecarga Financeira	307.14	303.40	260.38	309.88	6.489	.090	
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	306.99	327.83	285.68	319.26	2.446	.485	
SITUAÇÃO LABORAL							
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Desempregado	Empregado Tempo inteiro	Empregado Tempo Parcial	Outro	Teste de Kruskal-Wallis		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p	
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	350.84	272.27	329.71	327.55	16.370	.001**	
Satisfação com o Papel Familiar	340.34	281.05	308.88	338.07	11.958	.008**	
Reacções a Exigências	318.46	287.45	344.93	330.61	8.011	.046*	
Sobrecarga Emocional relativa ao Doente	312.34	315.26	345.39	312.24	2.782	.427	
Suporte Familiar	319.27	314.25	304.83	328.09	1.288	.732	
Sobrecarga Financeira	322.23	323.31	306.86	317.72	0.628	.890	
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	327.27	319.35	287.48	326.85	3.813	.282	

O Teste U de Mann-Whitney revela serem os cuidadores do meio rural que apresentam maior sobrecarga nas subescalas, implicações da vida pessoal do cuidador ( $U=34308.0$ ;  $Z=-2.310$ ;  $p=.021$ ), e satisfação com o papel e com o familiar, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $U=34314.5$ ;  $Z=-2.307$ ;  $p=.021$ ). Nas restantes cinco subescalas as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) (cf. Quadro 67).



**Quadro 67** - Teste de U Mann-Whitney entre as dimensões da Sobrecarga do Cuidador Informal e a Zona de Residência

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
IMPLICAÇÕES NA VIDA PESSOAL DO CUIDADOR INFORMAL						
Rural	46.66	17.62	328.50	34308.0	-2.310	.021*
Urbano	43.39	16.89	290.17			
Total	45,80	17.48				
SATISFAÇÃO COM O PAPEL E COM O FAMILIAR						
Rural	44.59	22.59	328.47	34314.5	-2.307	.021*
Urbano	40.30	21.50	289.15			
Total	43.47	22.37				
REACÇÕES A EXIGÊNCIAS						
Rural	35.21	19.68	325.67	35642.0	-1.655	.097 n.s.
Urbano	32.38	19.13	298.21			
Total	34,47	19,56				
SOBRECARGA EMOCIONAL RELATIVA AO DOENTE						
Rural	60.14	17.68	330.98	36451.5	-1.257	.201 n.s.
Urbano	57.63	16.40	303.08			
Total	59.49	17.37				
SUPORTE FAMILIAR						
Rural	59.71	25.38	321.34	37132.5	-0.923	.348 n.s.
Urbano	61.30	25.23	329.81			
Total	60.12	25.33				
SOBRECARGA FINANCEIRA						
Rural	71.94	21.32	317.23	38414.5	-0.293	.764 n.s.
Urbano	72.81	21.05	322.09			
Total	72.17	21.24				
PERCEPÇÃO DOS MECANISMOS DE EFICÁCIA E CONTROLO						
Rural	68.26	19.98	317.89	38724.0	-0.141	.887 n.s.
Urbano	68.24	20.70	320.22			
Total	68.37	20.15				

A associação entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador e o Nível Socioeconómico é positiva nas subescalas Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar, Reacções a Exigências e Sobrecarga Emocional relativa ao doente e o Nível Socioeconómico são inversas, ou seja, dado que são inversamente cotadas, quanto melhor o nível socioeconómico menor a sobrecarga do cuidador nestas subescalas. Nas restantes três subescalas (Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo) a correlação é negativa.

O valor de  $t$  evidencia que nas subescalas implicações na vida pessoal do cuidador informal, satisfação com o papel e com o familiar, reacções a exigências, sobrecarga financeira e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo a variabilidade atribuída ao nível socioeconómico foi, respectivamente de 1.9%, 0.8%, 2.9%, 1.6% e 1.2% (cf. Quadro 68).

**Quadro 68 -** Análise de regressão linear simples entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador, a Idade e o Nível Socioeconómico

DIMENSÕES DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	IDADE				NÍVEL SOCIOECONÓMICO			
	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal	.183	3.3	4.332	.000***	.140	1.9	3.288	.000***
Satisfação com o papel familiar	.135	1.8	3.013	.001**	.087	0.8	1.635	.029*
Reacções a Exigências	.098	0.9	2.497	.013*	.169	2.9	3.617	.000***
Sobrecarga Emocional relativa ao doente	-.028	0.08	-1.119	.489 n.s.	.026	0.07	0.500	.510 n.s.
Suporte Familiar	.074	0.55	1.447	.063 n.s.	-.020	0.04	0.016	.609 n.s.
Sobrecarga Financeira	-.030	0.09	-0.826	.545 n.s.	-.127	1.6	-2.854	.001**
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	-.032	0.1	-0.049	0.15 n.s.	-.108	1.2	-2.521	.007**

**Sobrecarga do Cuidador Informal Vs Variável Clínica**

O estudo da relação da Toma de Medicação para Dormir com a Sobrecarga do Cuidador Informal, sugere que os cuidadores informais que tomam medicação para dormir apresentam maior sobrecarga nas subescalas implicações da vida pessoal do cuidador ( $U=25430.5.0$ ;  $Z=-4.838$ ;  $p=.000$ ) e na satisfação com o papel e com o familiar ( $U=28523.0$ ;  $Z=-3.228$ ;  $p=.001$ ). Nas subescalas Reacções a Exigências, Sobrecarga Emocional relativa ao doente, Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e na Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) (cf. Quadro 69).

**Quadro 69 -** Teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador Informal e a Toma de Medicação para Dormir

				Teste de U Mann-Whitney		
	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	U	Z	p
IMPLICAÇÕES NA VIDA PESSOAL DO CUIDADOR INFORMAL						
Não	43.80	16.14	299.77	25430.5	-4.838	.000***
Sim	52.89	20.07	384.85			
Total	45.80	17.48				
SATISFAÇÃO COM O PAPEL E COM O FAMILIAR						
Não	41.81	21.46	306.01	28523.0	-3.228	.001**
Sim	49.32	24.52	362.76			
Total	43.47	22.37				
REACÇÕES A EXIGÊNCIAS						
Não	33.55	18.93	311.51	31253.5	-1.806	.071 n.s.
Sim	37.75	21.42	343.26			
Total	34.47	19.57				
SOBRECARGA EMOCIONAL RELATIVA AO DOENTE						
Não	58.94	16.59	315.07	33020.5	-0.885	.376 n.s.
Sim	61.43	19.85	330.64			
Total	59.49	17.37				
SUPORTE FAMILIAR						
Rural	60.74	25.49	323.23	32371.5	-1.223	.221 n.s.
Urbano	57.95	24.74	301.72			
Total	60.12	25.33				
SOBRECARGA FINANCEIRA						
Não	72.25	20.92	317.69	34316.5	-0.210	.834 n.s.
Sim	71.88	22.40	321.38			
Total	72.17	21.24				
PERCEPÇÃO DOS MECANISMOS DE EFICÁCIA E CONTROLO						
Não	68.53	19.71	318.95	34496.0	-0.117	.907 n.s.
Sim	67.74	21.71	316.9			
Total	68.37	20.15				

### Sobrecarga do Cuidador Informal Vs Características da Preparação para a Alta

A fim de caracterizar a relação da Informação Clínica que os cuidadores receberam sobre o seu familiar com a Sobrecarga do Cuidador Informal, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Verificou-se que os cuidadores informais que *receberam sempre informação acerca do seu familiar* apresentam menor sobrecarga na subescala implicações na vida pessoal (Mean Rank=263.91) e nas reacções a exigências (Mean Rank=217.19). Constatou-se ainda que na satisfação com o papel e com o familiar, são os cuidadores que *nunca recebem informações* que apresentam maior sobrecarga nesta subescala (Mean Rank=381.54). Já no suporte familiar, no suporte financeiro e na percepção dos mecanismos de eficácia e controlo são os cuidadores que recebem sempre informação clínica que apresentam maior sobrecarga nestas subescalas (cf. Quadro 70).

As diferenças estatísticas encontradas são estatisticamente significativas na Implicações na vida pessoal do cuidador informal ( $H=22.750$ ;  $p=.000$ ), satisfação com o papel e com o familiar ( $H=27.148$ ;  $p=.000$ ), reacções a exigências ( $H=36.424$ ;  $p=.000$ ), suporte familiar ( $H=24.678$ ;  $p=.000$ ), sobrecarga financeira ( $H=30.287$ ;  $p=.000$ ) e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo, ( $H=39.830$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 70).

Relativamente à variável Participação nos Cuidados ao Familiar, verificamos que os cuidadores que *nunca participaram nos cuidados ao seu familiar* apresentam maior sobrecarga na subescala implicações na vida pessoal do cuidador (Mean Rank=369.05), e na satisfação com o papel familiar (Mean Rank=376.44), porém nas subescalas sobrecarga financeira e na percepção dos mecanismos de eficácia e controlo, são os cuidadores que *sempre participam nos cuidados* que apresentam maior sobrecarga, pontuando respectivamente com os seguintes Mean Rank 371.31 e 372.33. O teste estatístico revela diferenças estatisticamente significativas nas subescalas implicações na vida pessoal do cuidador informal ( $H=14.072$ ;  $p=.007$ ), satisfação com o papel familiar ( $H=13.389$ ;  $p=0.009$ ) sobrecarga financeira ( $H=21.065$ ;  $p=.001$ ), e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo ( $H=22.006$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 70).

Na variável Esclarecimento de Dúvidas, Medos e Sentimentos, inferimos que os cuidadores que *são sempre escutados/esclarecidos* apresentam maior sobrecarga no suporte familiar (Mean Rank=393.20), na sobrecarga financeira (Mean Rank=410.88) e na percepção dos mecanismos de eficácia e controlo (Mean Rank=428.71) e menor sobrecarga nas implicações da vida pessoal (Mean Rank=265.90), na satisfação com o papel familiar (Mean Rank=250.31) e nas reacções a exigências (Mean Rank=260.73). As diferenças estatísticas são significativas em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador excepto na subescala sobrecarga emocional relativa ao doente (cf. Quadro70).

**Quadro 70 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Sobrecarga do Cuidador Informal e Informação acerca da Situação Clínica e a Participação nos Cuidados ao Familiar**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA							
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	378.81	384.50	311.52	291.01	263.91	22.750	.000***
Satisfação com o Papel Familiar	381.54	361.40	318.85	254.25	273.10	27.148	.000***
Reacções a Exigências	314.05	377.68	315.35	260.37	217.79	36.424	.000***
Sobrecarga Emocional relativa ao Doente	349.58	334.44	301.50	290.48	351.60	6.293	.098
Suporte Familiar	298.04	258.11	294.69	345.11	391.62	24.678	.000***
Sobrecarga Financeira	267.85	242.75	298.00	350.75	375.36	30.287	.000***
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	288.74	241.01	291.50	361.46	391.09	39.830	.000***
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR							
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	369.05	333.16	295.88	293.99	328.33	14.072	.007*
Satisfação com o Papel Familiar	376.44	316.28	305.06	296.09	317.40	13.389	.009*
Reacções a Exigências	348.37	330.76	314.28	313.03	294.09	5.347	.254
Sobrecarga Emocional relativa ao Doente	322.08	299.97	311.72	329.43	329.31	2.200	.699
Suporte Familiar	300.91	310.76	299.41	343.49	343.68	8.037	.090
Sobrecarga Financeira	292.87	275.71	304.37	344.73	371.31	21.065	.001**
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	282.79	273.74	311.66	342.72	372.33	22.006	.000***
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS							
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	354.29	356.14	312.81	305.46	265.9	12.689	.013*
Satisfação com o Papel Familiar	378.72	355.52	314.85	293.82	250.31	22.238	.000***
Reacções a Exigências	333.68	352.39	325.04	293.29	260.73	12.434	.015*
Sobrecarga Emocional relativa ao doente	340.25	343.03	317.37	289.13	313.67	5.956	.203
Suporte Familiar	311.68	264.56	312.96	344.60	393.2	21.932	.000***
Sobrecarga Financeira	299.82	287.74	303.74	345.80	410.88	24.142	.000***
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	304.18	272.86	308.29	334.84	428.71	30.870	.000***

Relativamente à Preparação para assumir o Acto de Cuidar, verificamos que as diferenças estatísticas são significativas em todas as subescalas, com excepção da subescala sobrecarga emocional relativa ao doente ( $p=.131$ ). Deste modo inferimos que nas subescalas implicações na vida pessoal do cuidador informal, satisfação com o papel familiar e reacções a exigências são os cuidadores que se sentem totalmente preparados para assumir o autocuidado do seu familiar que apresentam menor sobrecarga. Contudo nas restantes subescalas, suporte familiar, sobrecarga financeira e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo são os cuidadores que estão totalmente preparados para assumir o acto de cuidar que apresentam valores médios de sobrecarga mais elevados (cf. Quadro 71).

No que concerne ao Apoio Institucional, na subescala reacções a exigências, são os cuidadores sem apoio institucional que apresentam menor sobrecarga (Mean Rank=278.45), no suporte familiar, na sobrecarga financeira e na percepção dos mecanismos de eficácia e controlo são os cuidadores com apoio domiciliário que são os menos sobrecarregados em termos médios (Mean Rank=283.07, Mean Rank=279.63 e 270.09, respectivamente). Sendo que as diferenças são estatisticamente significativas apenas nestas subescalas (Reacções a exigências:  $H=12.536$ ;  $p=.014$ ; Suporte familiar:  $H=14.754$ ;  $p=.005$ ; Sobrecarga financeira:  $H=17.646$ ;  $p=.001$  e Percepção dos mecanismos de eficácia e controlo:  $H=28.604$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 71).

**Quadro 71 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Sobrecarga do Cuidador Informal, a Preparação para assumir o Acto de Cuidar e o Apoio Institucional**

PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR						
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Nada	Insuficientemente	Razoavelmente	Bem	Totalmente	Teste de Kruskal-Wallis
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H p
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	413.45	395.54	347.82	259.12	255.08	55.811 .000***
Satisfação com o Papel Familiar	427.45	389.87	340.77	277.49	238.71	48.209 .000***
Reacções a exigências	337.01	399.96	353.61	260.10	248.06	57.256 .000***
Sobrecarga Emocional relativa ao doente	243.02	345.04	319.14	305.60	337.31	7.097 .131 n.s.
Suporte Familiar	358.5	264.75	287.81	344.27	405.99	38.765 .000***
Sobrecarga Financeira	281.48	248.22	297.38	342.85	413.66	43.308 .000***
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	279.68	246.11	281.45	357.05	436.33	67.290 .000***
APOIO INSTITUCIONAL						
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária de Enfermagem	Outro	Teste de Kruskal-Wallis
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H p
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	294.42	336.44	318.23	312.21	314.99	2.994 .558 n.s.
Satisfação com o Papel Familiar	300.56	323.60	326.91	306.81	323.81	1.899 .754 n.s.
Reacções a Exigências	278.45	338.84	348.65	315.36	288.45	12.536 0.014*
Sobrecarga Emocional relativa ao Doente	313.47	324.06	333.41	289.61	330.48	5.706 .222 n.s.
Suporte Familiar	348.94	309.39	283.07	301.99	357.68	14.754 .005*
Sobrecarga Financeira	342.92	291.76	279.63	320.30	361.38	17.646 .001**
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	371.25	277.72	270.09	330.60	354.59	28.604 .000***

### Sobrecarga do Cuidador Informal Vs Variáveis Sociofamiliares

A correlação de Pearson entre as subescalas Sobrecarga do Cuidador Informal e a Funcionalidade Familiar revela que as associações são de sentido negativo e fraca intensidade nas subescalas implicações na vida pessoal do cuidador informal, na satisfação com o papel familiar e nas reacções a exigências, ou seja, quanto mais funcional for a família, menor é a sobrecarga do cuidador informal nestas subescalas.

Relativamente às restantes quatro subescalas, as associações são positivas e com intensidade oscilando de baixa a moderada (cf. Quadro 72).

Os valores da regressão linear simples revelam que as Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, as Reacções a Exigências, a Sobrecarga Financeira e a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo a variabilidade explicada pela funcionalidade familiar foi respectivamente de 11.9%, 14.6%, 8.1% e 8.2%, pela funcionalidade familiar (cf. Quadro 72).

Os valores da regressão linear simples entre a Sobrecarga do Cuidador Informal e o Apoio Social revelam que a variância das Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar, as Reacções a exigências, o Suporte Familiar, a Sobrecarga Financeira e a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo é explicada respectivamente em 11.8%, 12.7%, 18.3%, 16.9%, 12.4% e 14.4% pelo Apoio Social. Verificando-se que a correlação entre o apoio social e as subescalas Sobrecarga Financeira e Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo é positiva, ou seja, os cuidadores que recebem mais apoio social também apresentam maior sobrecarga nestas subescalas. Contrariamente a correlação é negativa nas subescalas Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar e Reacções a exigências, ou seja, os cuidadores que dispõem de mais apoio social apresentam menor sobrecarga nestas subescalas (cf. Quadro 77).

**Quadro 72 -** Análise de regressão linear simples entre as subescalas da Sobrecarga do Cuidador Informal e as Variáveis Sociofamiliares

Sobrecarga do Cuidador Informal	Funcionalidade Familiar				Apoio Social (valor total)			
	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	-.345	11.9	3.288	.000***	-.344	11.8	-8.172	.000***
Satisfação com o Papel Familiar	-.315	9.9	1.635	.102 n.s.	-.356	12.7	-9.599	.000***
Reacções a exigências	-.382	14.6	3.617	.000***	-.428	18.3	11.170	.000***
Sobrecarga Emocional Relativa ao Doente	.023	0.01	0.500	.564 n.s.	-.032	0.1	-1.283	.200 n.s.
Suporte Familiar	.477	22.8	0.016	0.987 n.s.	.412	16.9	9.789	.000***
Sobrecarga Financeira	.284	8.1	-2.854	.004**	.352	12.4	7.896	.000***
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	.287	8.2	-2.521	.012*	.379	14.4	8.889	.000***

### Sobrecarga do Cuidador Informal Vs Variáveis Psicológicas

Os valores da regressão linear simples entre a sobrecarga e o Autoconceito são estatisticamente significativos na subescala implicações na vida pessoal do cuidador ( $r=-.277$ ;  $p=.000$ ), na satisfação com o papel familiar ( $r=-.239$ ;  $p=.000$ ) e nas reacções a exigências ( $r=-.361$ ;  $p=.000$ ), considerando-se que ao melhor auto-conceito, corresponde menor sobrecarga do cuidador nas referidas subescalas. O valor de *t* evidencia o

autoconceito dos cuidadores informais o que explica respectivamente 7.7%, 5.7% e 13.0% destas três subescalas (cf. Quadro 73).

O valor de  $t$  que evidencia, ainda que a variabilidade das subescalas suporte familiar, sobrecarga financeira e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo é, explicada respectivamente em 10.5%, 13.2% e 15.3% pelo auto-conceito, inferindo-se que os cuidadores com melhor autoconceito pontuam com maior sobrecarga relativa ao suporte familiar, sobrecarga financeira e percepção de mecanismos de eficácia e controlo (cf. Quadro 73).

Relativamente ao estudo da Vulnerabilidade ao Stress, o Quadro 82, documenta uma associação positiva entre esta e as subescalas Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal ( $r=.472$ ), Satisfação com o papel familiar ( $r=.437$ ), Reacções a Exigências ( $r=.480$ ), daí aceitar-se que os cuidadores com maior vulnerabilidade apresentem maior sobrecarga nestas quatro subescalas. Constatamos ainda uma associação inversa entre a vulnerabilidade e a Sobrecarga Emocional relativa ao doente ( $r=.126$ ), Suporte Familiar ( $r=-.294$ ), Sobrecarga Financeira ( $r=-.269$ ) e com a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo ( $r=-.285$ ), logo entender-se que os cuidadores com menor vulnerabilidade relatam menor sobrecarga (cf. Quadro 73).

Com um valor de  $t$  que evidencia que 22.3%, 19.1%, 23.0%, 8.6%, 7.2% e 8.1% da variação dos valores das subescalas da Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar, Reacções a exigências, Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e as Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo, se ficou a dever à vulnerabilidade ao stress dos cuidadores (cf. Quadro 73).

**Quadro 73 - Análise de regressão linear simples entre a Sobrecarga do Cuidador Informal, o Autoconceito e a Vulnerabilidade ao Stress**

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	AUTO-CONCEITO				VULNERABILIDADE AO STRESS			
	$r$	$r^2(\%)$	$t$	$p$	$r$	$r^2(\%)$	$t$	$p$
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	-.277	7.7	-6.661	.000***	0.472	22.3	12.019	.000***
Satisfação com o Papel Familiar	-.239	5.7	-6.262	.000***	0.437	19.1	11.680	.000***
Reacções a exigências	-.361	13.0	-9.134	.000***	0.480	23.0	12.503	.000***
Sobrecarga Emocional Relativa ao Doente	-.003	0.0	-0.193	.847 n.s.	0.126	1.6	1.573	.116 n.s.
Suporte Familiar	.324	10.5	6.885	.000***	-0.294	8.6	-6.952	.000***
Sobrecarga Financeira	.364	13.2	7.952	.000***	-0.269	7.2	-5.865	.000***
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	.391	15.3	9.249	.000***	-0.285	8.1	-7.081	.000***

No que concerne à análise das correlações entre a sobrecarga do cuidador informal e as características da Personalidade, a mesmas são significativas entre o neuroticismo e as subescalas Implicações na vida pessoal, Satisfação com o papel familiar, e Reacções a exigências, com um valor de  $t$  que explica respectivamente 4.5%,



3.6% e 1.9% da variância da sobrecarga, pelo que constatou-se que os cuidadores com traço de neuroticismo mais elevado apresentam menor sobrecarga nas referidas subescalas. Na dimensão extroversão encontramos associações significativas com a Reacções a exigências ( $r=-.067$ ) e na Sobrecarga Financeira ( $r=-.094$ ), com um valor de  $t$  que explica 0.5% e 0.95 da variância da sobrecarga. Pelo que é plausível considerar que os cuidadores cujo traço extroversão é mais acentuado e que são mais extrovertidos apresentam menor sobrecarga nestas nas reacções a exigências e na sobrecarga financeira (cf. Quadro 74).

**Quadro 74** - Análise de regressão linear simples entre a Sobrecarga do Cuidador Informal e as Características da Personalidade

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Características da Personalidade							
	Neuroticismo				Extroversão			
	$r$	$r^2(\%)$	$t$	$p$	$r$	$r^2(\%)$	$t$	$p$
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	-.213	4.5	-5.066	.000***	.017	0.02	0.776	.438 n.s.
Satisfação com o Papel Familiar	-.190	3.6	-4.716	.000***	.054	0.3	1.316	.189 n.s.
Reacções a exigências	-.139	1.9	-3.437	.001**	.067	0.5	1.983	.042*
Sobrecarga Emocional Relativa ao Doente	-.049	0.2	-0.500	.617 n.s.	.039	0.1	0.476	.634 n.s.
Suporte Familiar	.074	0.5	1.965	.051 n.s.	-.021	0.04	-0.638	.601 n.s.
Sobrecarga Financeira	.012	0.01	0.963	.336 n.s.	-.094	0.9	-2.731	.006**
Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	.013	0.02	0.915	.360 n.s.	-.089	0.8	-1.860	.063 n.s.

### Perfil da Sobrecarga do Cuidador Informal

*Em termos médios o cuidador informal relata grande sobrecarga na vertente financeira ( $\bar{x}=72.17$ ), percepção dos mecanismos de eficácia e controlo ( $\bar{x}=68.36$ ) e no suporte familiar ( $\bar{x}=60.12$ ). Por sua vez, os cuidadores apresentam menor sobrecarga nas reacções a exigências ( $\bar{x}=34.71$ ), na satisfação com o seu papel e com o familiar ( $\bar{x}=43.47$ ), e nas implicações na vida pessoal ( $\bar{x}=45.80$ ).*

## 6.2. ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO MENTAL DOS CUIDADORES

Sendo o Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental as variáveis dependentes, iremos proceder à sua caracterização e procurar estudar o modo como as variáveis pessoais e situacionais se repercutem no funcionamento mental, do cuidador informal, identificando factores que possam interferir positiva e negativamente dos processos desenvolvimentais e adaptativos (Bronfenbrenner & Evans, 2000).



### 6.2.1. Caracterização do Estado de Ânimo (depressão) dos Cuidadores (amostra total)

Em termos médios, o score relativo à sintomatologia depressiva apresentada pelos cuidadores informais foi de 10.20 ( $DP=10.266$ ), com um mínimo de 0 e um máximo de 55, sendo a dispersão elevada em torno da média. As medidas de simetria e de achatamento revelam, uma curva assimétrica enviesada à esquerda e leptocúrtica para ambos os sexos e para o total da amostra.

A sintomatologia depressiva é mais grave nos cuidadores do sexo feminino do que no sexo masculino (Mean Rank=325.23 Vs Mean Rank=280.67), revelando o teste U de Mann Witheney que as diferenças face ao sexo são estatisticamente significativas ( $U=423553.0$ ;  $Z=-2.263$ ;  $p=.024$ ), aceitando-se que as mulheres apresentam piores índices no referente à sintomatologia depressiva, logo pior estado de ânimo, quando comparada com os homens (cf. Quadro 75).

**Quadro 75** - Estatísticas relativas ao Estado de Ânimo (Depressão) (amostra total)

	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)	Mean Rank
Masculino	0	55	8.91	11.178	7.399	6.229	125.8	280.67
Feminino	0	54	10.45	10.072	12.745	11.047	96.1	325.23
Total	0	55	10.20	10.266	14.587	12.154	100.6	

$$^9 U=423553.0 \quad Z=-2.263 \quad p=.024^*$$

Quando recodificamos a variável Estado de Ânimo (Depressão) de acordo com os critérios do autor (Vaz-Serra, 1973), e procedemos ao estudo da gravidade da depressão, verificamos que na amostra total 62.8% dos cuidadores não apresentam depressão, 16.1% apresentam depressão leve e que apenas 9.1% manifestam depressão grave. A análise segundo o sexo revela que 75.7% dos homens não apresentam depressão, e 10.7% apresentam depressão grave. Por sua vez, 60.4% das mulheres não apresentam depressão e 8.9% manifestam depressão grave, sendo que as diferenças encontradas são significativas ( $\chi^2= 14.262$ ;  $p=.003$ ) (cf. Quadro 76).

**Quadro 76** - Gravidade do Estado de Ânimo em função do Sexo (amostra total)

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausência	78	75.7	322	60.4	400	62.8
res		3.0		-3.0		
Depressão Leve	5	4.9	97	18.2	102	16.1
res		-3.4		3.4		
Depressão Moderada	9	8.7	66	12.6	75	12.0
res		-1.1		1.1		
Depressão Grave	11	10.7	48	8.9	59	9.1
res		0.6		-0.6		
Total	103	100.0	533	100.0	636	100.0

$$\text{Grau de Depressão } (\chi^2= 14.262; p=.003^{**})$$

<sup>9</sup> Teste U de Mann-Withney

Para complementar o estudo da gravidade da Depressão agrupamos os cuidadores em duas classes: a primeira diz respeito aos cuidadores que obtiveram scores inferiores ou iguais a 12, isto é, “sem depressão”, constituído pela maioria da amostra (62.9%); e, o segundo, constituído pelos cuidadores cujo score foi superior a 12 e, portanto, “com depressão”, representando 37.1% dos cuidadores informais.

Na análise por sexos, observamos que 24.3% dos homens e 39.6% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva (cf. Quadro 77). O teste de Qui-quadrado e os valores residuais revelaram que as diferenças entre os homens e as mulheres são significativas ( $\chi^2=61.275$ ;  $p=.003$ ).

**Quadro 77 - Presença de Sintomatologia Depressiva em função do Sexo (amostra total)**

SEXO	Classes	Sem Depressão		Com Depressão		Total	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino		78	75.7	25	24.3	103	16.2
	res		2.9		-2.9		
Feminino		322	60.4	211	39.6	533	83.8
	res		-2.9		2.9		
Total		400	62.9	236	37.1	636	100

Sexo ( $\chi^2=61.275$ .  $p=.003^{**}$ )<sup>10</sup>

**- Estado de Ânimo (Depressão) Vs Variáveis Sócio-Demográficas (amostra total)**

O estudo da relação entre a sintomatologia depressiva e a Idade do Cuidador foi efectuado através do teste de correlação de Correlação de Pearson, observando-se associação muito baixa e positiva ( $r=.176$ ;  $p=.000$ ). Com um valor de *t* que evidencia que 3.1% da variação do estado de ânimo dos cuidadores se deve à variável idade, pelo que inferimos que os cuidadores mais novos apresentam um estado de ânimo mais positivo, e que a sintomatologia depressiva é mais grave nos cuidadores mais velhos (cf. Quadro 84).

As variações do estado de ânimo em função do Grupo Etário (teste de Kruskal-Wallis), revelou que os cuidadores que pertencem ao grupo dos [75 – 100[ pontuam em média com valores superiores de sintomatologia depressiva (Mean Rank=401.41), por sua vez os do grupo [15 –35[ são os que pontuam com scores mais baixos (Mean Rank=251.87). As diferenças encontradas são significativas ( $H=29.071$ ;  $p=.000$ ), considerando-se que o estado de ânimo dos cuidadores informais varia ao longo do seu ciclo vital (cf. Quadro 78).

Relativamente ao Estado Civil, verificamos que são os cuidadores Separado(a)/Divorciado(a) que apresentam pior estado de ânimo, e os que apresentam menos sintomatologia depressiva são os solteiros, (Mean Rank=383.91 Vs Mean

<sup>10</sup> Teste Qui-Quadrado

Rank=295.229, respectivamente. Contudo as diferenças estatísticas encontradas não são significativas ( $H=7.060$ ;  $p=.133$ ) (cf. Quadro 78).

Quando analisamos a variabilidade da sintomatologia depressiva em função do Grau de Parentesco do Cuidador Informal inferimos que o grupo dos cuidadores com o parentesco sobrinho é o que apresenta mais sintomatologia depressiva (Mean Rank=399.25), por sua vez os cuidadores com “outro” grau de parentesco foram os que manifestaram sintomatologia mais leve (Mean Rank=285.17). As diferenças estatísticas são altamente significativas ( $H=37.319$ ;  $p=.000$ ), aceitando-se que o grau de parentesco dos cuidadores influencia o estado de ânimo (cf. Quadro 78).

No que respeita à sintomatologia depressiva e Zona de Residência, os cuidadores do meio urbano não se distinguem dos do meio rural, ( $U=38634.0$ ;  $Z=-0.145$ ;  $p=.885$ ) (cf. Quadro 79).

No que concerne ao estudo da relação da sintomatologia depressiva com o Nível Socioeconómico, o teste de correlação de Correlação de Pearson, revelou existir uma associação positiva muito baixa entre ambas, relatando os cuidadores com pior nível socioeconómico mais sintomatologia depressiva ( $r=.250$ ;  $p=.000$ ). O valor de  $t$  evidencia que o nível socioeconómico explica 6.3% da variação do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

No que concerne à relação da Situação Laboral com o Estado de Ânimo (Depressão), depreendemos que os cuidadores desempregados pontuaram em média com mais sintomatologia depressiva (Mean Rank=357.87) e os que possuem um emprego a tempo inteiro com menos (Mean Rank=275.55). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças estatísticas são altamente significativas ( $H=24.150$ ,  $p=.000$ ), apresentando os cuidadores com vínculo laboral estado de ânimo mais positivo do que os desempregados (cf. Quadro 78).

**Quadro 78 - Estado Ânimo (Depressão) em função das Características Sócio-demográficas (amostra total)**

GRUPO ETÁRIO						
	[15 – 35[	[35 – 55[	[55 – 75[	[75 –100[	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	P
Estado Ânimo (Depressão)	251.87	304.27	356.46	401.41	29.071	.000***
ESTADO CIVIL						
	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)/ Divorciado(a)	União de Facto	Viúvo	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Estado Ânimo (Depressão)	295.22	315.79	383.91	316.80	373.41	7.060 ,133 n.s.
GRAU DE PARENTESCO DO CUIDADOR INFORMAL						
	Marido/Esposa	Filho(a) ou genro/nora	Sobrinho(a)	Outro		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado Ânimo (Depressão)	380.54	289.49	399.25	285.17	37.319	0.000***
SITUAÇÃO LABORAL						
	Desempregado	Emprego a Tempo Inteiro	Emprego a Tempo Parcial	Outro		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado Ânimo (Depressão)	357.87	275.55	281.16	342.12	24.150	.000***

**Estado de Ânimo (Depressão) Vs Toma de medicação para dormir**

Os cuidadores informais que tomam medicação para dormir apresentam mais sintomatologia depressiva (Mean Rank=399.21) face aos que não tomam medicação, (Mean Rank=295.24), (Teste U de Mann-Whitney  $U=23184.0$ ;  $Z=-5.922$ ;  $p=.000$ ), considerando-se ser possível que a toma de medicação estivesse relacionada com o estado de ânimo dos cuidadores informais (cf. Quadro 79).

**Quadro 79 - Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão), a Zona de Residência e Toma de Medicação para Dormir (amostra total)**

Residência e Tomada de medicação para Dormir (amostra total)						
	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
ZONA DE RESIDÊNCIA						
Rural	10.11	10.106	318.62	38634.0	-0.145	.885 n.s.
Urbana	10.44	10.731	316.23			
Total	10.20	10.266				
TOMA DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR						
Não	9.04	9.858	295.24	23184.0	-5.922	.000***
Sim	14.32	10.661	399.21			
Total	10.20	10.266				

**Estado Ânimo (Depressão) Vs Características da Preparação para a Alta (amostra total)**

Constatamos que os cuidadores que recebem mais informação clínica “plenamente suficiente” acerca do seu familiar que apresentam menos sintomatologia depressiva (Mean Rank=276.84) e os que recebem informação insuficiente são os que

pontuaram com mais sintomatologia (Mean Rank=377.81), sendo as diferenças estatisticamente significativas, (Kruskal-Wallis:  $H=20.217$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 80).

Inferimos também que os cuidadores que participaram sempre nos cuidados ao familiar dependente durante o internamento são os que apresentam em termos médios scores mais elevados de sintomatologia depressiva (Mean Rank=349.15). Em termos estatísticos as diferenças encontradas são significativas ( $H=11.624$ ;  $p=.020$ ), considerando-se que cuidadores informais que participam sempre nos cuidados ao familiar manifestam pior estado de ânimo (cf. Quadro 80).

No esclarecimento de dúvidas, medos e sentimentos, e no tipo de apoio social que os cuidadores usufruem constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) (cf. Quadro 80).

Quanto à preparação para assumir o acto de cuidar, concluímos que os cuidadores que “se não sentem preparados” são os mais deprimidos (Mean Rank=374.51), sendo que quanto melhor é a preparação para o cuidar do familiar dependente menos grave a sintomatologia depressiva relatada pelos cuidadores informais, ( $H=20.645$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 80).

**Quadro 80 - Estado de Ânimo (Depressão) e Características da Preparação para a Alta (amostra total)**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA						
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H p
Estado de Ânimo (Depressão)	329.83	377.81	321.48	279.22	276.84	20.217 .000***
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Estado de Ânimo (Depressão)	341.81	335.81	288.47	303.70	349.15	11.624 .020*
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Estado de Ânimo (Depressão)	341.15	341.33	321.04	300.49	270.97	7.848 .097 n.s.
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR						
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Estado de Ânimo (Depressão)	321.13	374.51	334.64	275.95	299.99	20.645 .000***
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL						
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Estado de Ânimo (Depressão)	313.64	316.68	322.08	313.71	323.80	0.332 .988 n.s.

### **Estado de Ânimo (Depressão) Vs Variáveis Psicológicas (amostra total)**

O estudo da associação entre as variáveis psicológicas (autoconceito, características da personalidade e vulnerabilidade ao stress) e o estado de ânimo dos cuidadores informais, revelou que:

- Quanto melhor o autoconceito menos grave a sintomatologia depressiva, ( $r=-.346$ ;  $p=.000$ );
- Quanto mais acentuado o traço de neuroticismo menos grave a sintomatologia depressiva ( $r=-.201$ ;  $p=.000$ );
- Quanto maior a vulnerabilidade ao stress menor a gravidade da sintomatologia depressiva ( $r=-.510$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 84).

Os valores de  $t$  evidenciam que as variáveis autoconceito, neuroticismo e vulnerabilidade ao stress explicam respectivamente 11.9%, 4.0% e 26.0% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

### **Estado de Ânimo (Depressão) Vs Variáveis Sociofamiliares (amostra total)**

O estudo de Estado de Ânimo (Depressão) associou-se negativamente com a Funcionalidade Familiar, constatando-se que os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam estado de ânimo mais positivo, ( $r=-.279$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 84).

Quanto ao Apoio Social, a associação é muito baixa e inversa entre o estado de ânimo e os factores do apoio social e o score global, ou seja, os cuidadores com pior estado de ânimo relatam dispor de menos apoio informativo, emocional, instrumental e global, (cf. Quadro 84).

Os valores de  $t$  evidenciam que a funcionalidade familiar, o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente 6.3%,

6.8%, 11.3%, 6.5%, 16.0% e da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

### **Estado de Ânimo (Depressão) Vs Sobrecarga do Cuidador Informal (amostra total)**

A associação entre a sintomatologia depressiva e as subescalas Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar, Reacções a exigências e na Sobrecarga Emocional relativa ao doente, traduz que ao aumento da sobrecarga nestas subescalas corresponde pior estado de ânimo, apresentando o cuidador mais sintomatologia depressiva. A correlação é de sentido inverso nas restantes subescalas, Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e na Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo, em que a um aumento de sobrecarga nas mesmas corresponde melhor estado de ânimo (cf. Quadro 89).

Pelo valor de  $t$  observamos que as Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, a Satisfação com o papel familiar, as Reações a exigências, a Sobrecarga Emocional relativa ao doente, o Suporte Familiar, a Sobrecarga Financeira e ainda a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo explicam 23.2%, 17.9%, 18.8%, 2.0%, 3.1%, 3.5% e 5.5% da variabilidade do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

### **Estado de Ânimo (Depressão) Vs Características dos Idosos Dependentes Pós-AVC (amostra total)**

O Estado de Ânimo (Depressão) não se associou com a idade dos idosos dependentes ( $p > 0,05$ ) inferiu-se que as variáveis não se relacionam entre si (cf. Quadro 89).

Os cuidadores dos idosos dependentes do sexo masculino apresentam mais sintomatologia depressiva face ao sexo feminino (Mean Rank=332.83 Vs Mean Rank=301.64), (U de Mann-Whitney:  $U=45343.5$ ;  $Z=-2.146$ ;  $p=.032$ ), inferindo-se que o sexo do idoso dependente se relaciona com a depressão do cuidador informal (cf. Quadro 81).

**Quadro 81 - Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Sexo do Idoso Dependente Pós-AVC (amostra total)**

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
Masculino	11.09	10.860	332.83	45343.5	-2.146	.032*
Feminino	9.21	9.488	301.64			
Total	10.20	10.266				

Relativamente à relação entre o Tipo de Dependência do Idoso Dependente e o Estado de Ânimo (Depressão), verificamos que os cuidadores informais que cuidam de doentes com dependência cognitiva e emocional são os que apresentam mais sintomatologia depressiva, contudo não se distinguem de forma significativa dos restantes ( $H=4.546$ ;  $p=.603$ ) (cf. Quadro 82).

**Quadro 82 - Dependência (amostra total)**

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis	
				H	p
Física	9.64	9.903	307.39	4.546	.603 n.s.
Cognitiva	10.57	12.189	309.25		
Emocional	8.25	10.672	271.58		
Física e Cognitiva	10.09	9.184	326.73		
Física e Emocional	11.13	11.832	328.39		
Cognitiva e Emocional	13.78	13.264	364.83		
Física, Cognitiva e Emocional	11.20	10.404	337.85		
Total	10.20	10.266			

A Idade do Idoso Dependente não se associou com o estado de Ânimo do cuidador informal ( $r=.002$ ;  $p=.960$ ) (cf. Quadro 84).

A (ln) Dependência (Índice de Katz) do idoso dependente associou-se com o estado de ânimo do cuidador informal, ou seja, quanto maior o grau de dependência, mais grave a sintomatologia depressiva apresentada pelo cuidador informal ( $r=.132$ ;  $p=.001$ ), o valor de  $t$  indica que 1.7% da variância do estado de ânimo é atribuída ao aumento do grau de dependência (cf. Quadro 84).

Ainda no que respeita ao estudo dos graus de dependência, podemos verificar que os cuidadores informais que cuidam de pessoas com maior grau de dependência apresentam mais sintomatologia depressiva (Muito Dependente: Mean Rank=330.59) (Kruskal-Wallis  $H=8.441$ ;  $p=.015$ ) (cf. Quadro 83).

**Quadro 83 - Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Grau de Dependência (amostra total)**

GRAU DE DEPENDÊNCIA					
	Independente	Dependência Moderada	Muito Dependente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Estado de Ânimo (Depressão)	273.44	31.46	330.59	8.441	.015*

**Quadro 84 - Análise de regressão linear simples entre o Estado Ânimo (Depressão) e as Variáveis Independentes (amostra total)**

		r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Idade do Cuidador		.176	3.1	.000	4.502	.000
Nível Socioeconómico		.250	6.3	.000	6.500	.000
Autoconceito		-.346	11.9	.000	-9.288	.000
Neuroticismo		-.201	4.0	.000	-5.161	.000
Extroversão		.073	0.5	.066	1.838	.066
Vulnerabilidade ao Stress		-.510	26.0	.000	14.935	.000
FACTORES	Apoio Informativo	-.260	6.8	.000	-6.776	.000
	Apoio Emocional	-.336	11.3	.000	-8.988	.000
	Apoio Instrumental	-.254	6.5	.000	-6.596	.000
	Apoio Social (Nota global)	-.325	16.0	.000	-8.641	.000
Funcionalidade Familiar		-.279	6.3	.000	-7.304	.000
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal	.482	23.2	.000	11.794	.000
	Satisfação com o papel familiar	.423	17.9	.000	10.759	.000
	Reacções a exigências	.434	18.8	.000	11.364	.000
	Sobrecarga Emocional relativa ao doente	.141	2.0	.000	2.431	.000
	Suporte Familiar	-.176	3.1	.000	-4.709	.000
	Sobrecarga Financeira	-.187	3.5	.001	-5.352	.001
	Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	-.234	5.5	.000	-6.600	.000
Idade do Idoso Dependente		.002	0.0	.960	0.050	.960
Índice de Katz		.132	1.7	.001	3.348	.001

### Caracterização dos Cuidadores com Estado de Ânimo Depressivo (n=236)

Procedemos ainda ao estudo das características dos cuidadores com Estado de Ânimo Depressivo cujo  $n$  é de 236.

A sintomatologia depressiva é mais grave nos cuidadores do sexo masculino do que no sexo feminino (Mean Rank=150.82 Vs Mean Rank=114.67), sendo as diferenças



face ao sexo estatisticamente significativas ( $U=1829.5$ ;  $Z=-2.508$ ;  $p=.012$ ), aceitando-se que os homens se encontram mais deprimidos, logo com pior estado de ânimo, quando comparado com as mulheres (cf. Quadro 85).

**Quadro 85 - Estatísticas relativas aos Cuidadores com Estado de Ânimo Depressivo**

n=236	Min	Max	$\bar{X}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Mean Rank
Masculino	12	55	25.48	10.595	1.911	0.866	41.58	150.82
Feminino	12	54	20.37	8.541	10.653	10.456	41.92	114.67
Total	12	55	20.91	8.896	10.354	8.861	42.54	

Teste U de Mann-Whitney:  $U=1829.5$   $Z=-2.508$   $p=.012^*$

### Estado de Ânimo (Depressão) ( $n=236$ ) Vs Variáveis Sócio-Demográficas

O estudo da relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Idade do Cuidador foi efectuado através do teste de correlação de Correlação de Pearson, observando-se associação muito baixa, negativa e não significativa ( $r=-.031$ ;  $p=.641$ ) (cf. Quadro 92).

As variações do estado de ânimo em função do Grupo Etário, revelou que os cuidadores que pertencem ao grupo dos [35-54] pontuam em média com valores superiores de sintomatologia depressiva (Mean Rank=120.55), no entanto, as diferenças encontradas também não são estatisticamente significativas ( $H=0,178$ ,  $p=.981$ ) (cf. Quadro 86).

Relativamente ao Estado Civil, verificamos que as diferenças estatísticas encontradas não são significativas ( $H=0.984$ ,  $p=.912$ ), ou seja, o estado civil não exerce influência sobre o estado de ânimo dos cuidadores informais (cf. Quadro 86).

Quando analisamos a variabilidade da sintomatologia depressiva em função do Grau de Parentesco do Cuidador Informal, inferimos que o grupo dos cuidadores com o parentesco sobrinho é o que apresenta mais sintomatologia depressiva (Mean Rank =152.13), por sua vez os cuidadores com outro grau de parentesco foram os que manifestaram sintomatologia mais leve (Mean Rank=101.14). As diferenças estatísticas são significativas ( $H=12.680$ ;  $p=.005$ ), ou seja, admitindo-se que o grau de parentesco dos cuidadores influencia o estado de ânimo (cf. Quadro 86).

Face à Zona de Residência, observamos que os cuidadores do meio urbano pontuam em média com valores mais elevados de sintomatologia depressiva (Mean Rank=120.99 Vs Mean Rank=117.61), contudo não se distinguem dos do meio rural uma vez que as diferenças não são significativas (Teste U de Mann-Whitney:  $U=5239.5$ ;  $Z=-0,335$ ;  $p=.737$ ) (cf. Quadro 87).

No que concerne ao estudo do Nível Socioeconómico o teste de correlação de Correlação de Pearson, revelou existir uma associação positiva muito baixa com o estado de ânimo, relatando os cuidadores com pior nível socioeconómico mais sintomatologia

( $r=.119$ ;  $p=.069$ ), contudo a associação revela não ser significativa ( $t=1.828$ ,  $p=.069$ ) (cf. Quadro 92).

Face à relação entre a Situação Laboral com o Estado de Ânimo (Depressão), inferimos que os cuidadores com outro vínculo profissional estão mais deprimidos (Mean Rank =123.44), contudo o teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatísticas significativas ( $H=1.412$ ,  $p=.703$ ) (cf. Quadro 86).

**Quadro 86 - Cuidadores com Estado Ânimo Depressivo em função das Características Sócio-Demográficas**

GRUPO ETÁRIO						
	[15 – 35[	[35 – 55[	[55 – 75[	[75 –100[	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Estado Ânimo (Depressão)	115.41	120.55	117.16	117.78	0.178	.981
ESTADO CIVIL						
	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)/ Divorciado(a)	União de Facto	Viúvo	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Estado Ânimo (Depressão)	115.78	118.21	136.22	129.93	113.08	0.984 .912
GRAU DE PARENTESCO DO CUIDADOR INFORMAL						
	Marido/Esposa	Filho(a) ou genro/nora	Sobrinho(a)	Outro		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado Ânimo (Depressão)	132.58	107.04	152.13	101.14	12.680	.005**
SITUAÇÃO LABORAL						
	Desempregado	Emprego a Tempo Inteiro	Emprego a Tempo Parcial	Outro		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado Ânimo (Depressão)	119.44	109.21	115.47	123.44	1.412	.703

### Estado de Ânimo (Depressão) ( $n=236$ ) Vs Toma de Medicação para Dormir

Os cuidadores informais que tomam medicação para dormir apresentam mais sintomatologia depressiva (Mean Rank=121.49), contudo o teste U de Mann-Whitney revelou que as diferenças encontradas não são significativas ( $U=6001.0$ ;  $Z=-0.482$ ;  $p=.630$ ) (cf. Quadro 87).

**Quadro 87 - Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão), a Zona de Residência e Toma de Medicação para Dormir**

Residência e Tomada de medicação para Dormir						
	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
ZONA DE RESIDÊNCIA						
Rural	20.69	8.746	117.61	5239.5	-0.335	.737 n.s.
Urbana	21.53	9.249	120.99			
TOMA DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR						
Não	20.80	9.004	116.97	6001.0	-0.482	.630 n.s.
Sim	21.13	8.734	121.49			

### Estado Ânimo (Depressão) (N=236) Vs Características da Preparação para a Alta

Constatamos que os cuidadores que recebem mais informação clínica “plenamente suficiente” acerca do seu familiar que apresentam menos sintomatologia depressiva (Mean Rank=92.00), sendo que as diferenças estatísticas não são significativas (Kruskal-Wallis:  $H=5.882$ ;  $p=.208$ ) (cf. Quadro 88).

Inferimos também que os cuidadores que sempre participaram nos cuidados ao familiar dependente durante o internamento são os que apresentam em termos médios scores menos sintomatologia depressiva (Mean Rank=102.78), em termos estatísticos as diferenças encontradas não são significativas ( $H=7.205$ ;  $p=.125$ ) (cf. Quadro 88).

No esclarecimento de dúvidas, medos e sentimentos, na preparação para assumir o acto de cuidar e no tipo de apoio social que os cuidadores usufruem constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p> 0,05$ ) (cf. Quadro 88).

**Quadro 88 - Estado de Ânimo (Depressão) e Características da Preparação para a Alta**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA							
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Estado de Ânimo (Depressão)	141.56	133.86	114.94	109.70	92.00	5.882	.208
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado de Ânimo (Depressão)	126.66	119.83	134.28	107.98	102.78	7.205	.125
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS							
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado de Ânimo (Depressão)	121.77	121.51	123.50	114.22	70.31	7.430	.116
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR							
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado de Ânimo (Depressão)	112.10	131.98	115.02	119.75	109.44	2.577	.631
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL							
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Estado de Ânimo (Depressão)	97.16	122.29	135.53	120.18	110.33	6.918	.140

### Estado de Ânimo (Depressão) (n=236) Vs Variáveis Psicológicas

O estudo da associação entre o autoconceito, as características da personalidade e a vulnerabilidade ao stress com o estado de ânimo dos cuidadores informais, revelou que:

- Quanto melhor o autoconceito menos grave a sintomatologia depressiva ( $r=-.385$ ;  $p=.000$ );

- Quanto menor extroversão maior a sintomatologia depressiva ( $r=.186$ ;  $p=.004$ );
- Quanto maior a vulnerabilidade ao stress maior a gravidade da sintomatologia depressiva ( $r=.345$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 92).

Os valores do teste  $t$  evidencia que as variáveis autoconceito, extroversão e vulnerabilidade ao stress explicam respectivamente 14.8%, 3.5% e 11.9% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

### **Estado de Ânimo (Depressão) ( $n=236$ ) Vs Variáveis Sócio-Familiares**

O Estado de Ânimo (Depressão) associou-se negativamente com a Funcionalidade Familiar, ou seja, os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam menor sintomatologia depressiva ( $r=-.159$ ;  $p=.015$ ). O valor de  $t$  evidencia que a funcionalidade familiar explica 2.5% da variabilidade do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

Relativamente ao Apoio Social (valor total e factores) o teste de correlação de Pearson, revela uma associação e inversa e significativa com o estado de ânimo, ou seja, os cuidadores com pior estado de ânimo relatam dispor de menos apoio informativo, emocional, instrumental e global (cf. Quadro 92).

Os valores de  $t$  evidenciam que o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente 4.4%, 4.5%, 3.4% e 5.6% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

### **Estado de Ânimo (Depressão) ( $n=236$ ) Vs Sobrecarga do Cuidador Informal**

A associação entre a sintomatologia depressiva e as subescalas Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar, Reacções a exigências e na Sobrecarga Emocional relativa ao doente, traduz que ao aumento da sobrecarga nestas subescalas corresponde pior estado de ânimo, apresentando o cuidador mais sintomatologia depressiva. A correlação é de sentido inverso nas restantes subescalas, Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e na Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo, daí que a um aumento de sobrecarga nas mesmas corresponde melhor estado de ânimo (cf. Quadro 92).

Pelo valor de  $t$  observamos que as Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, a Satisfação com o papel familiar, as Reacções a exigências, a Sobrecarga Emocional relativa ao doente, a Sobrecarga Financeira e ainda a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo explicam 3.2%, 8.1%, 15.8%, 5.6%, 12.8% e 9.9% da variabilidade do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

### Estado de Ânimo (Depressão) ( $n=236$ ) Vs Características dos Idosos

O estudo da relação entre a sintomatologia depressiva e idade do idoso, foi efectuado através do teste de Correlação de Pearson, observando-se associação muito baixa, negativa e não significativa ( $r=.001$ ;  $p=.988$ ) (cf. Quadro 97).

Os cuidadores dos idosos dependentes do sexo masculino apresentam mais sintomatologia depressiva face ao sexo feminino (Mean Rank=123.28 Vs Mean Rank=112.23), (U de Mann-Whitney:  $U=6194.0$ ;  $Z=-1.234$ ;  $p=.217$ ), ou seja o sexo do idoso dependente não se associou com a depressão do cuidador informal (cf. Quadro 89).

**Quadro 89** - Teste de U Mann-Whitney entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Sexo do Idoso Dependente Pós-AVC

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
Masculino	21.60	9.424	123.28	6194.0	-1.234	.217 n.s.
Feminino	20.00	8.106	112.23			

Relativamente à relação entre o Tipo de Dependência do Idoso Dependente e o Estado de Ânimo (Depressão), verificamos através do teste Kruskal-Wallis que as diferenças estatísticas não são significativas ( $H=2.743$ ;  $p=.840$ ) (cf. Quadro 90).

**Quadro 90** - Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Tipo de Dependência

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis	
				H	p
Física	20.90	8.763	118.31	2.743	.840 n.s.
Cognitiva	23.00	12.268	116.80		
Emocional	20.29	9.499	111.71		
Física e Cognitiva	19.82	6.532	117.76		
Física e Emocional	22.40	11.760	122.81		
Cognitiva e Emocional	26.50	8.583	169.25		
Física. Cognitiva e Emocional	20.19	8.373	112.77		

A (In) Dependência (Índice de Katz) do idoso dependente não se associou com o estado de ânimo do cuidador informal ( $r=.095$ ;  $p=.144$ ) (cf. Quadro 92).

O estudo face aos graus de dependência, constatamos que os cuidadores informais que cuidam de pessoas com maior grau de dependência apresentam mais sintomatologia depressiva (Mean Rank=120.51), contudo o teste Kruskal-Wallis evidencia que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, ( $H=0.636$ ;  $p=.728$ ) (cf. Quadro 91).

**Quadro 91 -** Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado de Ânimo (Depressão) e o Grau de Dependência

GRAU DE DEPENDÊNCIA					
	Independente	Dependência Moderada	Muito Dependente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Estado de Ânimo (Depressão)	110.57	114.89	120.51	0.636	.728 n.s.

**Quadro 92 -** Análise de regressão linear simples entre o Estado Ânimo (Depressão) e as Variáveis Independentes

		r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Idade do Cuidador		-.031	0.1	.641	-0.467	.641
Nível Socioeconómico		.119	1.4	.069	1.828	.069
Auto-Conceito		-.385	14.8	.000	-6.372	.000
Neuroticismo		-.068	0.5	.298	-1.044	.298
Extroversão		.186	3.5	.004	2.896	.004
Vulnerabilidade ao Stress		.345	11.9	.000	5.617	.000
FACTORES	Apoio Informativo	-.210	4.4	.001	-3.285	.001
	Apoio Emocional	-.213	4.5	.001	-3.338	.001
	Apoio Instrumental	-.184	3.4	.005	-2.864	0.005
Apoio Social (Nota global)		-.237	5.6	.000	-3.724	.000
Funcionalidade Familiar		-.159	2.5	.015	-2.452	.015
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal	.179	3.2	.006	2.777	.006
	Satisfação com o papel familiar	.284	8.1	.000	4.531	.000
	Reacções a exigências	.397	15.8	.000	6.611	.000
	Sobrecarga Emocional relativa ao doente	.236	5.6	.000	3.706	.000
	Suporte Familiar	-.116	1.3	.074	-1.793	.074
	Sobrecarga Financeira	-.358	12.8	.000	-5.858	.000
	Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	-.315	9.9	.000	-5.078	.000
Idade do Idoso Dependente		.001	0.0	.988	0.015	.988
Índice de Katz		.095	0.9	.144	1.466	.144

### 6.2.2. Caracterização da Saúde Mental dos Cuidadores

A pontuação relativa à saúde mental dos cuidadores informais variou entre o mínimo de 0 e o máximo de 14, com um valor médio de 3.64 ( $DP=3.558$ ) e uma dispersão elevada em torno da média. As medidas de simetria e de achatamento revelam, uma curva assimétrica enviesada à esquerda e mesocúrtica para o total da amostra, e leptocúrtica no sexo masculino e feminino.

Os cuidadores do sexo masculino, pontuaram com melhor saúde mental relativamente aos do sexo feminino (Mean Rank=265.95 Vs Mean Rank=328.65) (U de Mann Withney:  $U=22037.0$ ;  $Z=-3.207$ ;  $p=.001$ ) considerando-se ser possível que os cuidadores informais do sexo masculino sejam detentores de melhor saúde mental (cf. Quadro 93).

**Quadro 93 - Estatísticas relativas à Saúde Mental**

	Min	Max	$\bar{X}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Mean Rank
<b>Masculino</b>	0	13	2.50	2.838	5.832	3.312	113.52	265.95
<b>Feminino</b>	0	14	3.87	3.643	6.934	-2.047	94.13	328.65
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>3.64</b>	<b>3.558</b>	<b>6.577</b>	<b>1.273</b>	<b>97.75</b>	

Teste U de Mann-Whitney U=22037.0 Z=-3.207

p=0.001\*\*

Posteriormente, de forma a aprofundar o estudo da Saúde Mental a mesma foi classificada em três grupos: Boa, Razoável e Fraca. Foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana e Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (Mediana  $\pm$  0.25 Amplitude Interquartil).

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

Boa Saúde Mental  $\leq$  mediana + 0.25AIQ

Razoável Saúde Mental  $>$  mediana - 0.25AIQ  $>$  **M**  $>$  mediana + 0.25 AIQ

Fraca Saúde Mental  $\geq$  mediana - 0.25AIQ

O agrupamento dos cuidadores informais em função dos grupos de qualidade da saúde mental, revela que 58,0% apresentam boa saúde mental, 36,8% apresentam fraca saúde mental e 5,2% razoável saúde mental (cf. Quadro 94).

As diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas (Teste Qui-Quadrado:  $\chi^2 = 13.038$ ;  $p = .000$ ), constatando-se que o género masculino se apresenta mais representado nos grupos relativos à Boa saúde mental e menor na fraca saúde mental, daí inferimos que os cuidadores masculinos apresentam melhor saúde mental (cf. Quadro 94).

**Quadro 94 - Distribuição da Saúde Mental (por Grupos) em função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Boa</b>	73	70.8	296	55.5	369	58.0
<b>res</b>		2.9		-2.9		
<b>Razoável</b>	8	7.8	25	4.7	33	5.2
<b>res</b>		1.3		-1.3		
<b>Fraca</b>	22	21.4	212	39.8	234	36.8
<b>res</b>		-3.5		3.5		
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>16.3</b>	<b>533</b>	<b>83.7</b>	<b>636</b>	<b>100.0</b>

Saúde Mental (por Grupos) ( $\chi^2 = 13,038$ ;  $p = .000$ \*\*\*\*)

### Saúde Mental Vs Variáveis Sócio-Demográficas

A associação da Saúde Mental com a Idade revela que à medida que aumenta a idade, a saúde mental dos cuidadores informais é mais débil ( $r = .109$ ;  $p = .006$ ), e que, os valores de t evidenciam que a idade explica 1.2% da variância da saúde mental dos cuidadores, ou seja, os cuidadores mais novos apresentam em média melhor saúde mental (cf. Quadro 99).

Ainda no que respeita ao estudo da Saúde Mental em função do Grupo Etário, podemos verificar que os cuidadores que pertencem ao grupo dos [15-35[ são os que apresentam melhor saúde mental (Mean Rank=278.09) e os que possuem pior saúde mental são os do grupo dos [75-100[ com um Mean Rank de 358.52 (Teste Kruskal-Wallis:  $H=9.030$ ;  $p=0.029$ ) (cf. Quadro 95).

Os cuidadores separados (as) / divorciados (as) pontuaram com pior saúde mental, e por sua vez os que apresentam melhor saúde mental vivem em união de facto, (Mean Rank de 315.83 e 276.37, respectivamente;  $H=14.495$ ,  $p=.006$ ) (cf. Quadro 95).

Relativamente ao Grau de Parentesco do Cuidador Informal, inferimos que diferenças encontradas não são significativas ( $H=6.241$ ;  $p=.100$ ), ou seja, a saúde mental dos cuidadores informais é independente do grau de parentesco da pessoa cuidada (cf. Quadro 95).

Relativamente ao Nível Socioeconómico encontrou-se uma associação positiva muito baixa ( $r=.184$ ;  $p=.000$ ), traduzindo que os cuidadores informais com melhor nível socioeconómico auferem também de melhor saúde mental. O valor de  $t$  mostra que o nível socioeconómico explica 3.4% da variância da saúde mental dos cuidadores (cf. Quadro 99).

Quanto à relação da Situação Laboral com a Saúde Mental, depreendemos que os cuidadores desempregados são os que têm pior saúde mental (Mean Rank=353.99) e os que possuem um emprego a tempo inteiro são os que relatam melhor saúde mental (Mean Rank=283.26), ( $H=13.890$ ,  $p=.003$ ), ou seja, os cuidadores com vínculo laboral apresentam melhor saúde mental (cf. Quadro 95).

**Quadro 95 - Saúde Mental em função das Características Sócio-Demográficas**

GRUPO ETÁRIO						
	[15 – 35[	[35 – 55[	[55 – 75[	[75 – 100[	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Saúde Mental	278.09	312.91	339.53	358.52	9.030	.029*
ESTADO CIVIL						
	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)/ Divorciado(a)	União de Facto	Viúvo	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Saúde Mental	292.93	315.83	445.66	276.37	376.88	14.495 .006**
GRAU DE PARENTESCO DO CUIDADOR INFORMAL						
	Marido/Esposa	Filho(a) ou genro/nora	Sobrinho(a)	Outro		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Saúde Mental	347.02	309.66	326.90	300.64	6.241	.100
SITUAÇÃO LABORAL						
	Desempregado	Emprego a Tempo Inteiro	Emprego a Tempo Parcial	Outro		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Saúde Mental	353.99	283.26	299.26	331.42	13.890	.003**



### Saúde Mental Vs Variável Clínica

Os cuidadores informais que tomam medicação para dormir apresentam pior saúde mental ( $U=19934.0$ ;  $Z=-7.619$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 97).

### Saúde Mental Vs Características da Preparação para a Alta

Constatamos que os cuidadores que recebem mais informação clínica (boa) acerca do seu familiar apresentam melhor saúde mental (Mean Rank=284.22) e os que sentem que a informação foi inexistente os que têm pior saúde mental (Mean Rank=383.40), ( $H=14.078$ ;  $p=.007$ ) (cf. Quadro 96).

Os cuidadores que nunca participaram nos cuidados ao idoso dependente, apresentam pior saúde mental (Mean Rank=366.94), ( $H=13.728$ ;  $p=.008$ ).

Na preparação para assumir o acto de cuidar, verifica-se que os cuidadores que se não se sentem preparados são os que possuem pior saúde mental (Mean Rank=386.55), sendo que os que se encontram preparados para cuidar da pessoa dependente pontuaram com melhor a saúde mental, ( $H=16.166$ ;  $p=.003$ ) (cf. Quadro 96).

No esclarecimento de dúvidas, medos e sentimentos, e no tipo de apoio social que os cuidadores usufruem constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) (cf. Quadro 96).

**Quadro 96 - Saúde Mental em função das Características da Preparação para a Alta**

INFORMAÇÃO ACERCA DA SITUAÇÃO CLÍNICA						
	Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente	Teste de Kruskal-Wallis
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H p
Saúde Mental	383.40	358.66	318.98	284.22	310.60	14.078 .007**
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Saúde Mental	366.94	310.0	287.46	319.88	332.28	13.728 .008**
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, MEDOS E SENTIMENTOS						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Saúde Mental	342.12	340.73	316.17	296.15	307.58	4.703 .318 n.s.
PREPARAÇÃO PARA ASSUMIR O ACTO DE CUIDAR						
	Nada	Insuficiente	Razoável	Bem	Totalmente	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Saúde Mental	386.55	374.36	321.81	291.34	295.59	16.166 .003**
TIPO DE APOIO INSTITUCIONAL						
	Não Tem	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Visita Domiciliária enfermagem	Outro Apoio	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
Saúde Mental	311.48	305.32	331.31	324.39	317.74	1.655 .799 n.s.

### **Saúde Mental Vs Variáveis Psicológicas**

A análise efectuada às correlações entre a saúde mental e o inventário do auto-conceito, revelou uma associação negativa baixa, ou seja, quanto melhor o autoconceito, melhor a saúde mental, ( $r=-0.289$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 99).

As correlações entre a saúde mental e as características da personalidade, variam na razão inversa no Neuroticismo, o que significa que quando se acentua o traço de neuroticismo a saúde mental do cuidador é melhor, ( $r=-.269$ ;  $p=.000$ ). Na dimensão Extroversão, a associação é positiva, pelo que quando esta característica se acentua a saúde mental piora (cf. Quadro 99).

Na vulnerabilidade ao stress, encontramos uma associação moderada de sentido positivo ( $r=.538$ ;  $p=.000$ ), ou seja, quanto maior a vulnerabilidade ao stress pior a saúde mental dos cuidadores informais, (cf. Quadro 99).

Os valores de  $t$  evidenciam que as variáveis auto-conceito, neuroticismo e vulnerabilidade ao stress explicam respectivamente 8.3%, 7.3% e 28.9% da variância da saúde mental dos cuidadores (cf. Quadro 99).

### **Saúde Mental Vs Variáveis Sócio-Familiares**

Observa-se uma associação muito baixa e inversa entre a Saúde Mental e a Funcionalidade Familiar, assim, os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam melhor saúde mental ( $r=-.266$ ;  $p=.000$ ), inferindo-se que a funcionalidade se associou com a saúde mental dos cuidadores informais (cf. Quadro 99).

No Apoio Social, observamos correlações estatísticas significativas entre a saúde mental e o apoio informativo ( $r=-.237$ ;  $p=.000$ ), apoio emocional ( $r=-.311$ ;  $p=.000$ ), apoio instrumental ( $r=-.266$ ;  $p=.000$ ) e apoio social global ( $r=-.298$ ;  $p=.000$ ), considerando-se que, os cuidadores com melhor saúde mental possuem melhor apoio social (valor total), e melhor apoio informativo, emocional e apoio instrumental (cf. Quadro 99).

Os valores de  $t$  evidenciam que a funcionalidade familiar, o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente 7.1%, 5.6%, 9.7%, 7.1% e 8.9% da variância da saúde mental dos cuidadores (cf. Quadro 99).

### **Saúde Mental Vs Sobrecarga do Cuidador Informal**

A associação entre as variáveis oscilou entre  $r=-.132$  e  $r=.528$ . As associações apresentam sentido positivo nas subescalas Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, Satisfação com o papel familiar, Reacções a exigências e na Sobrecarga Emocional relativa ao doente, ou seja, quando aumenta a sobrecarga do cuidador nestas subescalas piora a sua saúde mental. As associações de sentido inverso nas restantes subescalas, traduzem menor sobrecarga nas subescalas Suporte Familiar, Sobrecarga

Financeira e na Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo, pontuando os cuidadores informais com melhor saúde mental, ( $p < 0,001$ ) (Quadro 104).

Pelo valor de  $t$  observamos que as Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, a Satisfação com o papel familiar, as Reações a exigências, a Sobrecarga Emocional relativa ao doente, o Suporte Familiar, a Sobrecarga Financeira e ainda a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo explicam 27.9%, 21.9%, 14.4%, 2.0%, 4.3%, 1.7% e 2.3% da variabilidade da saúde mental que os cuidadores possuem (cf. Quadro 99).

### Saúde Mental Vs Características dos Idosos Dependentes

Inferimos que a associação entre a Saúde Mental e a Idade do Idoso Dependente não é estatisticamente significativa ( $r = 0.032$ ;  $p = 0.415$ ), concluindo-se que as variáveis não se encontram relacionadas (cf. Quadro 99).

O sexo do idoso dependente não se relacionou com a saúde mental do cuidador informal, ( $U = 49836.0$ ;  $Z = -0.057$ ;  $p = 0.954$ ) (cf. Quadro 97).

**Quadro 97 -** Teste de U Mann-Whitney entre a Saúde Mental, a Zona de Residência e a Toma de Medicação para Dormir

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
ZONA DE RESIDÊNCIA						
Rural	376	3.626	322.53	36532.5	-1.074	.283 n.s.
Urbana	3.31	3.482	307.08			
Total	3.64	3.558				
TOMA DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR						
Não	3.049	3.273	289.59	19934.0	-7.619	.000***
Sim	5.748	3.737	420.92			
Total	3.64	3.558				
SEXO DA PESSOA DEPENDENTE						
Masculino	3.67	3.654	317.71	49836.0	-0.057	.954 n.s.
Feminino	3.57	3.467	319.36			
Total	3.64	3.558				

Os cuidadores informais que cuidam de idosos com dependência cognitiva e emocional são os que apresentam pior saúde mental (Mean Rank=386.83); (Kruskal-Wallis:  $H = 14.563$ ;  $p = 0.024$ ), aceitando-se que o tipo de dependência do idoso tem influência na saúde mental do cuidador informal (cf. Quadro 98).

**Quadro 98 -** Teste de Kruskal-Wallis entre a Saúde Mental e o Tipo de Dependência

TIPO DE DEPENDÊNCIA	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de Kruskal-Wallis	
				H	p
Física	3.19	3.352	295.94	14.563	.024*
Cognitiva	3.07	2.868	295.86		
Emocional	2.75	3.275	267.77		
Física e Cognitiva	3.73	3.528	328.13		
Física e Emocional	4.31	4.001	346.31		
Cognitiva e Emocional	4.89	3.887	386.83		
Física, Cognitiva e Emocional	4.37	3.753	359.44		
<b>Total</b>	<b>3.64</b>	<b>3.558</b>			

A Idade dos Idosos Dependentes não se associou com a Saúde Mental do cuidador informal ( $r=.032$ ;  $p=.415$ ), contudo quanto maior a sua dependência (Índice de Katz), pior é a Saúde Mental do cuidador informal ( $r=.167$ ;  $p=.000$ ), o valor de  $t$  indica que 2.8% da variância da saúde mental é explicada pelo grau de dependência do idoso (cf. Quadro 99).

O teste de Kruskal-Wallis, permitiu apurar que os cuidadores informais que cuidam de pessoas com maior grau de dependência apresentam pior saúde mental (Muito Dependente: Mean Rank=335.53) ( $H=11.963$ ;  $p=.003$ ) (cf. Quadro 100).

**Quadro 99** - Análise de regressão linear simples entre a Saúde Mental e as Variáveis Independentes

		$r$	$r^2(\%)$	$p$	$t$	$p$
	Idade	.109	1.2	.006	2.756	.006
	Nível Socioeconómico	.184	3.4	.000	4.791	.000
	Auto-Conceito	-.289	8.3	.000	-7.603	.000
	Neuroticismo	-.269	7.3	.000	-7.047	.000
	Extroversão	.028	0.1	.487	0.704	.487
	Vulnerabilidade ao Stress	.538	28.9	.000	16.080	.000
FACTORES	Apoio Informativo	-.237	5.6	.000	-6.173	.000
	Apoio Emocional	-.311	9.7	.000	-8.230	.000
	Apoio Instrumental	-.266	7.1	.000	-5.796	.000
	Apoio Social (Nota global)	-.298	8.9	.000	-7.867	.000
	Funcionalidade Familiar	-.266	7.1	.000	-6.995	.000
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal	.528	27.9	.000	14.310	.000
	Satisfação com o papel familiar	.468	21.9	.000	12.367	.000
	Reacções a exigências	.380	14.4	.000	9.433	.000
	Sobrecarga Emocional relativa ao doente	0.142	2.0	.015	1.458	.015
	Suporte Familiar	-.209	4.3	.000	-5.457	.000
	Sobrecarga Financeira	-.132	1.7	.000	-3.089	.000
	Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo	-.153	2.3	.000	-4.084	.000
	Idade do Idoso Dependente	.032	0.1	.415	0.816	.415
	Índice de Katz	.167	2.8	.001	4.216	.001

**Quadro 100** - Teste de Kruskal-Wallis entre a Saúde Mental e o Grau de Dependência do Idoso Dependente

GRAU DE DEPENDÊNCIA					
	Independente	Dependência Moderada	Muito Dependente	Teste de Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	H	p
Saúde Mental	276.91	288.79	335.53	11.963	.003**

### 6.3. CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

A caracterização sócio-demográfica dos idosos envolve o estudo e análise de diversas variáveis, nomeadamente o sexo da pessoa dependente, a idade, o seguimento do protocolo Via Verde AVC, o tipo de dependência e o tipo da capacidade funcional do idoso através do Índice de Katz.

#### 6.3.1. Caracterização Sócio-Demográfica dos Idosos

A amostra inclui 636 idosos dependentes após terem sofrido AVC e integra 47.6% mulheres ( $n=303$ ) e 52.4% ( $n=333$ ) homens (cf. Quadro 101).

A idade dos idosos variou entre os 60 e os 99 anos, com uma média de 75.07 anos ( $DP=9.323$ ), e uma dispersão moderada em torno da média. As medidas de simetria e de achatamento revelam, uma curva simétrica e leptocúrtica para ambos os sexos e para o total da amostra.

A média de idade das mulheres cuidadas é mais elevada (Mean Rank=343.94) do que a dos homens (Mean Rank=295.35), com diferenças estatísticas significativas, (Teste U de Mann Withney:  $U=42740.0$ ;  $p=.001$ ) (cf. Quadro 101).

A variável idade, foi recodificada em quatro grupos etários homogêneos, e o teste de Qui-Quadrado revelou diferenças estatísticas significativas ( $X^2=9.441$ ;  $p=.024$ ) entre o grupo etário e o sexo, as diferenças se situam entre os grupos [60-69 [onde os idosos dependentes do sexo masculino estão mais representados e no grupo dos [83-99] onde o sexo feminino apresenta mais representantes (cf. Quadro 102).

**Quadro 101** - Estatísticas relativas à Idade do Idoso Dependente em função do Sexo

	<i>n</i>	Min	Max	$\bar{x}$	<i>DP</i>	<i>Sk</i> <sub>erro</sub>	<i>K</i> <sub>erro</sub>	<i>CV</i> (%)	Mean Rank
<b>Masculino</b>	333	60	96	73.88	9.486	0.462	-3.086	12.84	295.35
<b>Feminino</b>	303	60	99	76.37	8.976	-0.993	-2.301	11.75	343.94
<b>Total</b>	<b>636</b>	<b>60</b>	<b>99</b>	<b>75.07</b>	<b>9.323</b>	<b>-0.474</b>	<b>-3.959</b>	<b>12.42</b>	

<sup>11</sup>  $U=42740.0$   $Z=-3.337$   $p=.001^{**}$

#### Tipo de Atendimento após Acidente Vascular Cerebral (Via Verde AVC e outro)

Relativamente ao primeiro atendimento proporcionado ao idoso dependente e no que ao seguimento da Via Verde AVC diz respeito, ficamos a saber que:

- 49.7% Desconheciam se tinham ou não integrado o Protocolo Via Verde AVC;
- 30.2% Não foram atendidos segundo as directrizes do protocolo;

<sup>11</sup> Teste U de Mann-Whitney

- E que apenas 20.1% beneficiou de atendimento segundo o protocolo Via Verde AVC (cf. Quadro 107).

O teste de Qui-Quadrado revelou que as diferenças estatísticas entre homens e mulheres não são significativas ( $\chi^2 = 0.174$ ;  $p = .922$ ), ou seja, o atendimento prestado à pessoa portadora de AVC foi independente do sexo (cf. Quadro 102).

### Tipo de Dependência manifestado pelos Idosos

O tipo de dependência mais comum é a dependência física (46.7%), seguida da dependência física e cognitiva (17.6%) e da dependência física, emocional e cognitiva com 14.6% (cf. Quadro 102).

**Quadro 102 - Características dos Idosos Dependente em função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>GRUPO ETÁRIO</b>						
[60 – 69[	98	29.4	61	20.1	159	25.0
[69 – 76[	86	25.8	78	25.7	164	25.8
[76 – 83[	87	26.2	86	28.5	173	27.2
[83 – 99]	62	18.6	78	25.7	140	22.0
<b>TIPO DE ATENDIMENTO APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (VIA VERDE AVC E OUTRO)</b>						
Não Sabe/Não Responde	165	49.6	151	49.8	316	49.7
Sim	69	20.7	59	19.5	128	20.1
Não	99	29.7	93	30.7	192	30.2
<b>TIPO DE DEPENDÊNCIA MANIFESTADO PELO IDOSOS DEPENDENTES<sup>12</sup></b>						
Física	158	47.5	139	45.9	297	46.7
Cognitiva	10	3.0	4	1.3	14	2.2
Emocional	9	2.7	11	3.6	20	3.2
Física e Cognitiva	59	17.7	53	17.5	112	17.6
Física e Emocional	45	13.5	46	15.2	91	14.3
Cognitiva e Emocional	4	1.2	5	1.7	9	1.4
Física, Cognitiva e Emocional	48	14.4	45	14.8	93	14.6
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>52.4</b>	<b>303</b>	<b>47.6</b>	<b>636</b>	<b>100.00</b>

Grupo etário ( $\chi^2 = 9.441$ ;  $p = .024^*$ ).<sup>13</sup>

Tipo de Atendimento após Acidente Vascular Cerebral (Via Verde AVC e outro) ( $\chi^2 = 0.174$ ;  $p = .922$  n.s.)

Tipo de Dependência manifestado pelo Idosos Dependentes ( $\chi^2 = 3.119$ ;  $p = .538$  n.s.)

### Classificação do tipo de Dependência apresentada pelos Idosos

A classificação do tipo de dependência segundo o Índice de Katz, indica-nos em que tipo de actividade a pessoa é dependente. Deste modo constatou-se que no referente ao “*Banho*”, a maioria dos idosos é dependente (80.7%), existindo apenas 19.3% que são independentes no banho. No que diz respeito à actividade *Vestir-se*, 83.2% da amostra é dependente nesta tarefa, sendo que 16.8%, são independentes para

<sup>12</sup> O teste Qui-Quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência inferior a 5 unidades. A correlação de Continuidade de Yates, aplica-se a tabelas 2\*2 e procura melhorara a análise feita a partir do Qui-Quadrado, contudo a maioria dos investigadores considera-a muito conservadora. A correção de Yates só se aplica em tabelas 2\*2 quando os totais marginais, que respeitam apenas a uma variável, forem fixos e não variarem de uma amostra para outra, situação rara em Ciências Sociais, (Pestana & Gageiro, 2008).

<sup>13</sup> Teste Qui-Quadrado

vestir-se. Quanto à “*Utilização da Casa de Banho*”, 72.6% são dependentes nesta função, sendo os restantes independentes (27.4%). No que concerne à *Mobilidade*, 67.4% dos inquiridos são dependentes para a mobilidade e 32.6% eram independentes nesta actividade. Em relação à *Continência (controlo de esfíncteres)*, 58.5% são dependentes nesta actividade e 41.5% são independentes na sua continência. Na *Alimentação* existem 50.6% dos idosos independentes nesta actividade. Os valores percentuais nas seis actividades que o índice de Katz avalia são idênticos em ambos os sexos, revelando o teste Qui-Quadrado que as diferenças estatísticas não são significativas para nenhuma das seis dimensões do Índice de Katz ( $p>0,05$ ) (cf. Quadro 103).

**Quadro 103 - Características das dimensões do Índice de Katz em função do Sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>BANHO</b>						
Independente	66	19.8	57	18.8	123	<b>19.3</b>
Dependente	267	80.2	246	81.2	513	<b>80.7</b>
<b>VESTIR-SE</b>						
Independente	61	18.3	46	15.2	107	<b>16.8</b>
Dependente	272	81.7	257	84.8	529	<b>83.2</b>
<b>UTILIZAÇÃO DA CASA DE BANHO</b>						
Independente	92	27.6	82	27.1	174	<b>27.4</b>
Dependente	241	72.4	221	72.9	462	<b>72.6</b>
<b>MOBILIDADE</b>						
Independente	107	32.1	100	33.0	207	<b>32.6</b>
Dependente	226	67.9	203	67.0	429	<b>67.4</b>
<b>CONTINÊNCIA</b>						
Independente	136	40.8	128	42.2	264	<b>41.5</b>
Dependente	197	59.2	175	57.8	372	<b>58.5</b>
<b>ALIMENTAR-SE</b>						
Independente	159	47.8	163	53.8	322	<b>50.6</b>
Dependente	174	52.2	140	46.2	314	<b>49.4</b>
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>52.4</b>	<b>303</b>	<b>47.6</b>	<b>636</b>	<b>100.00</b>

Banho ( $\chi^2 = 0.103$ ;  $p=0.748$  n.s.)<sup>14</sup>

Vestir-se ( $\chi^2 = 1.116$ ;  $p=0.291$  n.s.)

Utilização da Casa de Banho ( $\chi^2 = 0.025$ ;  $p=0.873$  n.s.)

Mobilidade ( $\chi^2 = 0.055$ ;  $p=0.815$  n.s.)

Continência ( $\chi^2 = 0.129$ ;  $p=0.720$  n.s.)

Alimentar-se ( $\chi^2 = 2.321$ ;  $p=0.128$  n.s.)

Para aferirmos da relação entre o Grau de Dependência e o Sexo, utilizámos o U de Mann-Whitney, verificando-se que os “idosos dependentes” do sexo masculino apresentam um valor médio ligeiramente superior ao do feminino (Mean Rank=322.87 Vs Mean Rank=313.70), mas como as diferenças encontradas não são significativas ( $U=48994,5$ ;  $Z=-0,652$ ;  $p=.514$ ), considera-se que o grau de dependência não difere em função do sexo (cf. Quadro 104).

<sup>14</sup> Teste Qui-Quadrado

**Quadro 104 - Teste de U Mann-Whitney entre o Grau de Dependência e o Sexo**

	$\bar{x}$	DP	Mean Rank	Teste de U Mann-Whitney		
				U	Z	p
Masculino	10.14	2.123	322.87	48994.5	-0.652	.514 n.s.
Feminino	10.10	2.037	313.70			
Total	10.12	2.081				

Codificando o grau de dependência, em três grupos<sup>15</sup>, constatou-se que 67.8% dos idosos são muito dependentes, 15.7%, são dependentes em grau moderado e os restantes 16.5% são independentes. O teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças entre homens e mulheres não são significativas ( $\chi^2 = 0.187$ ;  $p = .911$ ), reforçando o resultado anterior de que o grau de dependência não distingue os sexos, (cf. Quadro 105).

**Quadro 105 - Distribuição do Grau de Dependência em função do Sexo**

Sexo \ Grau de dependência	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Independente	57	17.1	48	15.8	105	16.5
Dependência Moderada	52	15.6	48	15.8	100	15.7
Muito dependente	224	67.3	207	68.4	431	67.8
Total	333	52.4	303	47.6	636	100.00

Grau de Dependência ( $\chi^2 = 0.187$ ;  $p = .911$  n.s.)

### Perfil dos idosos dependentes após AVC

*O perfil sócio-demográfico médio dos “idosos dependentes”, mostra ser: indivíduo do sexo masculino (52.4%), com cerca de 75 anos, gravemente dependente (67.8%), sendo a dependência mais frequente a de ordem física (46.7%).*

## 6.4. TESTE DAS HIPÓTESES

A nível micro sistémico, os estudos têm salientado a importância das variáveis sócio - demográficas, familiares e do apoio social, como recursos interpessoais que, em articulação com os recursos pessoais (variáveis psicológicas), permitem explicar e prever a variabilidade do funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental).

Assim, após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos ao teste das hipóteses por nós formuladas. Para o efeito, estudámos a relação das variáveis dependentes Estado de Ânimo e Saúde Mental, com as variáveis independentes em estudo.

<sup>15</sup> O score total do Índice de Katz varia entre 6 e 12 pontos, sendo que se pode hierarquizar o grau de dependência do doente em três grupos: Independente, quando o score varia entre 6 e 7 pontos; Dependência moderada, quando o score varia entre 8 e 9 pontos; Muito dependente, quando o score é superior ou igual a 10 pontos (adaptado de Duarte, Andrade & Lebrão, 2007).



**Hipótese 1 ( $H_1$ ) – Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis Sócio-Demográficas (Idade; Sexo; Zona de Residência e Nível Socioeconómico) e o Estado de Ânimo e Saúde Mental dos cuidadores informais.**

#### **H<sub>1.1</sub> – O Sexo e a Zona de Residência influenciam o Estado de Ânimo (Depressão)**

Na amostra total os cuidadores do sexo feminino relatam mais sintomatologia depressiva do que os do sexo masculino (Mean Rank=325.23 Vs Mean Rank=280.67), revelando o teste U de Mann Witheney que as diferenças face ao sexo são estatisticamente significativas ( $U=423553.0$ ;  $Z=-2.263$ ;  $p=.024$ ) (cf. Quadro 75), inferindo-se existir relação entre o Sexo e a Depressão, contudo este não é influenciado pela Zona de Residência (Teste U de Mann-Witheney:  $U=38634.0$ ;  $Z=-0,145$ ;  $p=.885$ ) (cf. Quadro 79).

No grupo dos cuidadores com sintomatologia depressiva, verificou-se que são os cuidadores masculinos a revelarem sintomatologia depressiva mais grave (Mean Rank=150.82 Vs Mean Rank=114.67), sendo as diferenças face ao sexo estatisticamente significativas ( $U=1829.5$ ;  $Z=-2.508$ ;  $p=.012$ ) (cf. Quadro 85), inferindo-se existir relação entre o Sexo e o Estado de Ânimo.

Relativamente à Zona de Residência também neste grupo esta não influencia a sintomatologia depressiva, (Teste U de Mann-Whitney:  $U=5239.5$ ;  $Z=-0,335$ ;  $p=.737$ ), (cf. Quadro 87).

#### **H<sub>1.2</sub> – A Idade e o Nível Socioeconómico associaram-se ao Estado de Ânimo (Depressão)**

A idade associou-se com o Estado de Ânimo (Depressão), inferindo-se que, à maior idade corresponde sintomatologia depressiva mais grave ( $r=.176$ ;  $p=.000$ ), ou seja, os cuidadores mais novos apresentam em média melhor estado de ânimo.

Também o Nível Socioeconómico se associou com a presença de sintomatologia depressiva, verificando-se que os cuidadores com pior nível socioeconómico apresentam também pior estado de ânimo ( $r=.250$ ;  $p=.000$ ). Os valores de  $t$  evidenciam que a idade e o nível socioeconómico são responsáveis por uma variação de 3.1% e 6.3% no estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

O estudo dos cuidadores com depressão revelou que a idade e o nível socioeconómico não se associaram com o estado de ânimo dos cuidadores (Idade:  $r=-.031$ ;  $p=0.641$ ; Nível socioeconómico:  $r=.119$ ;  $p=.069$ ) (cf. Quadro 92).

#### **H<sub>1.3</sub> – O Sexo e a Zona de Residência influenciam a Saúde Mental**

O sexo masculino apresenta melhor saúde mental do que o feminino, (U de Mann-Whitney:  $U=22037.0$ ;  $Z=-3.207$ ;  $p=.001$ ) (cf. Quadro 93).

A aplicação do teste U de Mann-Whitney revelou que as diferenças encontradas na variável zona de residência não são estatisticamente significativas ( $p> 0,05$ ) (cf. Quadro 93).

#### **H<sub>1.4</sub> – A Idade e o Nível Socioeconómico associaram-se com a Saúde Mental**

A idade associou-se com a Saúde Mental, ( $r=0,109$ ;  $p=.006$ ), ou seja, à maior Idade corresponde pior saúde mental (cf. Quadro 99). O estudo da relação entre o grupo etário e a Saúde Mental, revela que a saúde mental tende a diminuir com a idade, reforçando a inferência anterior, ( $H=9.030$ ;  $p=.029$ ) (cf. Quadro 95).

A Saúde Mental sofre influência do Nível Socioeconómico, ( $r=.184$ ;  $p=.000$ ), ou seja, quando o nível socioeconómico dos cuidadores informais é melhor, a sua saúde mental também é melhor. O teste *t* evidencia que a idade e o nível socioeconómico são responsáveis por uma variação de 1.2% e 3.4% da saúde mental dos cuidadores (cf. Quadro 99).

**Hipótese 2 (H<sub>2</sub>) – As variáveis psicológicas (Vulnerabilidade ao Stress; Auto-Cuidado e Personalidade) têm efeito significativo no Estado de Ânimo e Saúde Mental dos cuidadores informais.**

#### **H<sub>2.1</sub> – O Auto-Conceito, as características da personalidade e a vulnerabilidade ao stress associaram-se com o Estado de Ânimo (Depressão)**

Na amostra total:

- Quanto melhor o auto-conceito, menos grave se apresenta a sintomatologia depressiva ( $r=-.346$ ;  $p=.000$ );
- Quanto mais acentuado o traço do Neuroticismo, mais positivo é o estado ânimo ( $r=-.201$ ;  $p=.000$ );
- Quanto maior a vulnerabilidade ao stress menos grave é a sintomatologia depressiva ( $r=-.510$ ;  $p=.000$ );

Os valores de *t* evidenciam que o auto-conceito, neuroticismo e vulnerabilidade ao stress explicam respectivamente 11.9%, 4.0% e 26.0% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

O estudo dos cuidadores com sintomatologia depressiva revelou que:

- Quanto melhor o autoconceito menos grave a sintomatologia depressiva, ( $r=-.385$ ;  $p=.000$ );
- Quanto menor extroversão maior a sintomatologia depressiva ( $r=.186$ ;  $p=.004$ );

- Quanto maior a vulnerabilidade ao stress maior a gravidade da sintomatologia depressiva ( $r=.345$ ;  $p=.000$ ).

O teste t evidencia que o auto-conceito, extroversão e vulnerabilidade ao stress explicam respectivamente 14.8%, 3.5% e 11.9% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

### **H<sub>2.2</sub> – O Auto-Conceito, as características da personalidade e a vulnerabilidade ao stress associaram-se com a Saúde Mental**

- Quanto melhor o autoconceito melhor a saúde mental, ( $r=-.289$ ;  $p=.000$ );
- O neuroticismo associou-se com a Saúde Mental, ( $r=-0.269$ ;  $p=.000$ ), ou seja, quanto mais acentuado o neuroticismo melhor a saúde mental dos cuidadores;
- Os cuidadores com menor vulnerabilidade ao stress são os que têm melhor saúde mental ( $r=.538$ ;  $p=.000$ ).

O teste t evidencia que a funcionalidade familiar, o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente 7.1%, 5.6%, 9.7%, 7.1% e 8.9% da variância da saúde mental dos cuidadores (cf. Quadro 99).

### **Hipótese 3 (H<sub>3</sub>) – A Sobrecarga associou-se com o Estado de Ânimo e Saúde Mental dos cuidadores informais.**

#### **H<sub>3.1</sub> – Relação entre a Sobrecarga e o Estado de Ânimo (Depressão)**

Na amostra total o Estado de Ânimo associa-se de forma positiva com as subescalas Implicações na vida pessoal do cuidador ( $r=.482$ ;  $p=.000$ ), Satisfação com o papel familiar ( $r=.423$ ;  $p=.000$ ), Reacções a exigências ( $r=.434$ ;  $p=.000$ ) e na Sobrecarga Emocional ( $r=.141$ ;  $p=.000$ ), inferindo-se que um aumento de sobrecarga do cuidador nestas subescalas corresponde pior estado de ânimo. Quanto à associação com as restantes subescalas, a correlação é negativa observando-se que os cuidadores mais deprimidos pontuaram com menor sobrecarga nas subescalas Suporte Familiar ( $r=-.176$ ;  $p=.000$ ), Sobrecarga Financeira ( $r=-.187$ ;  $p=.000$ ) e na Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo ( $r=-.234$ ;  $p=.000$ ). Pelo valor de t observamos que as Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, a Satisfação com o papel familiar, as Reacções a exigências, a Sobrecarga Emocional relativa ao doente, o Suporte Familiar, a Sobrecarga Financeira e ainda a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo explicam 23.2%, 17.9%, 18.8%, 2.0%, 3.1%, 3.5% e 5.5% da variabilidade do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

A análise aos cuidadores que apresentam depressão, permitiu constatar que as subescalas as Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal, a Satisfação com o

papel familiar, as Reações a exigências, a Sobrecarga Emocional relativa ao doente, a Sobrecarga Financeira e ainda a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo explicam 3.2%, 8.1%, 15.8%, 5.6%, 12.8% e 9.9% da variabilidade do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

### **H<sub>3.2</sub> – Relação entre a Sobrecarga e a Saúde Mental**

No que concerne à influência das subescalas da Sobrecarga na Saúde Mental dos cuidadores, inferimos que as associações apresentam sentido positivo nas subescalas Implicações na Vida Pessoal, Satisfação com o papel familiar, Reações a exigências e na Sobrecarga Emocional relativa ao doente, ou seja, quando aumenta a sobrecarga do cuidador nestas subescalas, a saúde mental dos cuidadores informais é pior. A relação é de sentido inverso nas restantes subescalas, onde a uma menor sobrecarga do cuidador informal nas subescalas Suporte Familiar, Sobrecarga Financeira e na Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo corresponde melhor saúde mental. As correlações entre a saúde mental e as sete subescalas da sobrecarga do cuidador informal revelaram-se altamente significativas para todas as subescalas ( $p < 0,001$ ) (cf. Quadro 99).

Pelo valor de  $t$  observamos que as Implicações na vida pessoal do Cuidador Informal, a Satisfação com o papel familiar, as Reações a exigências, a Sobrecarga Emocional relativa ao doente, o Suporte Familiar, a Sobrecarga Financeira e ainda a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo explicam 27.9%, 21.9%, 14.4%, 2.0%, 4.3%, 1.7% e 2.3% da variabilidade da saúde mental de que auferem os cuidadores, (cf. Quadro 99).

**Hipótese 4 (H<sub>4</sub>) – As variáveis Tipo e Grau de dependência da Pessoa Portadora de AVC efeito significativo no Estado de Ânimo e Saúde Mental, dos cuidadores informais.**

### **H<sub>4.1</sub> – Relação entre o Tipo de Dependência e o Estado de Ânimo (Depressão)**

Os cuidadores informais que cuidam da Pessoa Portadora de AVC com dependência cognitiva e emocional são os que apresentam pior estado de ânimo, contudo não se observaram diferenças estatísticas significativas ( $H=4.546$ ;  $p=.603$ ) (cf. Quadro 82).

Quanto ao estudo dos cuidadores que se encontram deprimidos, inferimos que a relação entre o Tipo de Dependência do Idoso Dependente e o Estado de Ânimo (Depressão), revelou que as diferenças são estatísticas não significativas (teste Kruskal-Wallis:  $H=2.743$ ;  $p=.840$ ) (cf. Quadro 90).

#### **H<sub>4.2</sub> – Relação entre o Grau de Dependência e Estado de Ânimo (Depressão)**

Quanto maior a dependência da Pessoa Portadora de AVC, pior o estado de ânimo do cuidador informal, ( $r=.132$ ;  $p=.001$ ) e ( $H=8.441$ ;  $p=.015$ ). O valor de  $t$  indica que 1.7% da variância do estado de ânimo é atribuído ao aumento da gravidade da dependência (cf. Quadros 83 e 84).

#### **H<sub>4.3</sub> – Relação entre o Tipo de Dependência e a Saúde Mental**

Os cuidadores informais que cuidam da Pessoa Portadora de AVC com dependência cognitiva e emocional são os que apresentam pior saúde mental (Mean Rank=386.83), isto é, o tipo de dependência da Pessoa Portadora de AVC têm influência na saúde mental do cuidador informal ( $H=14.563$ ;  $p=.024$ ) (cf. Quadro 98).

#### **H<sub>4.4</sub> – Relação entre o Grau de Dependência e a Saúde Mental**

Os cuidadores com melhor saúde mental são os que cuidam de Pessoa Portadora de AVC menos dependente ( $r=.167$ ;  $p=.000$ ), indicando o valor de  $t$  que 2,8% da variância da saúde mental é explicada pelo aumento do grau de dependência (cf. Quadro 99).

Ainda no que respeita ao estudo da Saúde Mental em função do grau de dependência (Índice de Katz), pelo teste de Kruskal-Wallis, apurámos que os cuidadores informais que cuidam da Pessoa Portadora de AVC com maior grau de dependência apresentam pior saúde mental (Muito Dependente: Mean Rank=335.53), ( $H=11.963$ ;  $p=.003$ ) (cf. Quadro 100).

### **Hipótese 5 (H<sub>5</sub>) – As variáveis de contexto Sócio-Familiar (Funcionalidade Familiar e Apoio Social) têm efeito significativo no Estado de Ânimo e Saúde Mental, dos cuidadores informais**

#### **H<sub>5.1</sub> – Relação entre a Funcionalidade Familiar, o Apoio Social e o Estado de Ânimo (Depressão)**

Na amostra total:

- O cuidador informal integrado em famílias mais funcionais apresenta estado de ânimo mais positivo, ( $r=-.279$ ;  $p=.000$ );
- Os cuidadores que dispõem de menos apoio social apresentam pior estado de ânimo, ( $r=-.325$ ;  $p=.000$ );
- Os valores de  $t$  evidenciam que a funcionalidade familiar, o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente

6.3%, 6.8%, 11.3%, 6.5% e 16.0% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 84).

No grupo dos cuidadores com sintomatologia depressiva, constatamos que:

- Os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam sintomatologia depressiva mais leve, ( $r=-.159$ ;  $p=.015$ );
- Os cuidadores com pior estado de ânimo relatam dispor de menos apoio informativo, emocional, instrumental e global;
- Os valores de  $t$  evidenciam que a funcionalidade familiar, o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente 2.5%, 4.4%, 4.5%, 3.4% e 5.6% da variância do estado de ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 92).

#### **H<sub>5.2</sub> – Relação entre a Funcionalidade Familiar, o Apoio Social e a Saúde Mental**

- A funcionalidade familiar exerce influência sobre a saúde mental dos cuidadores informais ( $r=-.266$ ;  $p=.000$ );
- Os cuidadores com apoio social possuem melhor saúde mental ( $r=-.298$ ;  $p=.000$ ).

Os valores de  $t$  indicam que a funcionalidade familiar, o apoio informativo, emocional, instrumental e o apoio social (nota global) explicam respectivamente 7.1%, 5.6%, 9.7%, 7.1% e 8.9% da variância da saúde mental dos cuidadores (cf. Quadro 99).

#### **Hipótese 6 (H<sub>6</sub>) – As Características da Preparação para a Alta influenciam o Estado de Ânimo e Saúde Mental dos cuidadores informais.**

##### **H<sub>6.1</sub> – Relação entre as Características da Preparação para a Alta (Informação acerca da situação clínica; Participação nos Cuidados ao Familiar; Esclarecimento de Dúvidas, Medos e Sentimentos; Preparação para assumir o acto de cuidar e o Tipo de Apoio Institucional) e o Estado de Ânimo (Depressão)**

- Os cuidadores que recebem mais informação clínica apresentam menos sintomatologia depressiva (Kruskal-Wallis:  $H=20.217$ ;  $p=.000$ );
- Os cuidadores que nunca participaram nos cuidados à pessoa dependente durante o internamento são os que apresentam em termos médios *scores* mais elevados de sintomatologia depressiva ( $H=11.624$ ;  $p=.020$ );
- Os cuidadores que “não se sentem preparados” para assumir o acto de cuidar são os mais deprimidos ( $H=20.645$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 80).

No estudo aos cuidadores que apresentam depressão, verificamos que as características da preparação para a alta não exercem influência sobre o Estado de Ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 88).

**H<sub>6.2</sub> – Relação entre as Características da Preparação para a Alta (Informação acerca da situação clínica; Participação nos Cuidados ao Familiar; Esclarecimento de Dúvidas, Medos e Sentimentos; Preparação para assumir o acto de cuidar e o Tipo de Apoio Institucional) e a Saúde Mental**

- Os cuidadores que receberam mais informação clínica acerca do seu familiar apresentam melhor saúde mental ( $H=14.078$ ;  $p=.007$ );
- Os cuidadores que nunca participaram nos cuidados ao idoso dependente, apresentam pior saúde mental ( $H=13.728$ ;  $p=.008$ );
- Os cuidadores que não se sentem preparados para assumir o acto de cuidar são os que relatam pior saúde mental ( $H=16.166$ ;  $p=.003$ ) (cf. Quadro 96).

**Hipótese 7 (H<sub>7</sub>) – A preparação para o Acto de Cuidar tem efeito significativo no Estado de Ânimo e Saúde Mental, dos cuidadores informais.**

**H<sub>7.1</sub> – Relação entre o Acto de Cuidar e o Estado de Ânimo (Depressão)**

A preparação para assumir o acto de cuidar da pessoa dependente influencia o estado de ânimo dos cuidadores informais, (Teste Kruskal-Wallis:  $H=20.645$ ;  $p=.000$ ), ou seja, os cuidadores que não se sentem preparados são os mais deprimidos (Mean Rank=321.13), sendo que quanto melhor é a preparação para o acto de cuidar, menos sintomatologia depressiva é relatada pelos cuidadores informais (cf. Quadro 80).

No estudo aos cuidadores que apresentam depressão, verificamos que a preparação para o acto de cuidar não tem efeito significativo sobre o Estado de Ânimo dos cuidadores (cf. Quadro 88).

**H<sub>7.2</sub> – Relação entre o Acto de Cuidar e a Saúde Mental**

Os cuidadores que não se sentem preparados, são os que possuem pior saúde mental (Mean Rank=386.55), sendo que quanto melhor a preparação para o cuidar melhor é a saúde mental dos cuidadores informais, ( $H=16.166$ ;  $p=.003$ ) (cf. Quadro 96).

**Hipótese 8 (H<sub>8</sub>) – As variáveis idade, nível socioeconómico, funcionalidade familiar, sobrecarga, apoio social, auto-conceito, características da personalidade, vulnerabilidade ao stress, idade da pessoa dependente e o índice de dependência predizem o Estado de Ânimo dos cuidadores informais.**

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo das variáveis independentes citadas em título em relação à variável dependente Estado de Ânimo (cf. Quadro 111) investigando-se desta forma se as mesmas se constituem como factores preditores do Estado de Ânimo dos Cuidadores Informais. Para tal procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários para determinar as variáveis que são preditoras.

O erro padrão da estimativa diminuiu para 8,363 neste modelo de regressão e o valor da “*variance inflation factor*” (VIF)<sup>16</sup> permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que oscilam entre 1,106 no *Nível Socioeconómico* e 1.693 na *Vulnerabilidade ao Stress*, valores inferiores a 5.0 conforme preconizado por Maroco (2007).

Os valores descritos no Quadro 111, permitem considerar que dos 26 factores que entraram no modelo de predição, apenas cinco (*Nível Socioeconómico*, *Vulnerabilidade ao Stress*, *Implicações na Vida Pessoal*, *Reacções a exigências* e *Auto-Eficácia*) predizem o Estado de Ânimo (Depressão) dos Cuidadores Informais, explicando 34,2% da sua variância.

A variável *Vulnerabilidade ao Stress* é a que apresentava maior coeficiente de correlação, sendo a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou cinco passos e apresentou um coeficiente de correlação de 0,291, que corresponde a 26.1% da variância explicada do Estado de Ânimo (Depressão), seguido do factor *Implicações na Vida Pessoal* que explica 5.1%.

A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que as variáveis *Vulnerabilidade ao Stress*, *Implicações na Vida Pessoal*, *Reacções a exigências* variam na razão inversa, ou seja, um aumento destas variáveis corresponde a um aumento da sintomatologia depressiva do cuidador informal, por sua vez nas variáveis *Nível Socioeconómico* e *Auto-Eficácia* verificamos que o aumento destes leva à diminuição da sintomatologia depressiva dos cuidadores em análise (cf. Quadro 106).

---

<sup>16</sup> Utilizamos o valor de *variance inflation factor* para diagnosticar a multicolinearidade das variáveis, sendo que valores de VIF superiores a 5 ou mesmo a 10 indicam que as variáveis em estudo são colineares (Maroco, 2007).



**Quadro 106** - Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Estado de Ânimo (Depressão) (amostra total)

VARIÁVEL DEPENDENTE = Estado de Ânimo (Depressão)						
R Múltiplo = 0,584						
R <sup>2</sup> = 0,342						
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,337						
Erro padrão da estimativa = 8,363						
F= 7,694						
p= 0,006						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R <sup>2</sup>	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-	-9.708	-	-2.371	.018	
Vulnerabilidade ao Stress	0.291	0.304	0.261	6.910	.000	<b>1.693</b>
Implicações na Vida Pessoal	0.175	2.394	0.051	4.248	.000	<b>1.627</b>
Reacções a exigências	0.132	1.665	0.015	3.162	.002	<b>1.651</b>
Nível Socioeconómico	0.098	0.304	0.011	2.876	.004	<b>1.106</b>
Auto-Eficácia	-0.107	-0.324	0.008	-2.774	.006	<b>1.424</b>
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	22833.548	5	4566.710	65.298	0.000***	
Residual	43919.860	628	69.936			
Total	<b>66753,409</b>	<b>633</b>				

Foi realizada uma nova regressão linear múltipla para testar o valor preditivo das variáveis independentes no grupo dos cuidadores que apresentavam sintomatologia depressiva logo com pior Estado de Ânimo (cf. Quadro 107).

O erro padrão da estimativa diminuiu para 7.649 neste modelo de regressão e o valor da “*variance inflation factor*” permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que oscilam entre 1.137 no *Autoconceito* e 1.194 na *Sobrecarga Financeira*, inferiores portanto a 5.0.

Os valores descritos no Quadro 107 permitiram considerar que dos 26 factores que entraram no modelo de predição, apenas três factores (*Reacções a exigências*, *Autoconceito* e *Sobrecarga Financeira*) predizem o Estado de Ânimo (Depressão) dos Cuidadores Informais com sintomatologia depressiva, explicando 27.3% da sua variância.

A variável *Reacções a exigências* é a que apresentava maior coeficiente de correlação, sendo a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou cinco passos e apresentou um coeficiente de correlação de 0.267, que corresponde a 15.7% da variância explicada do Estado de Ânimo (Depressão), seguido do valor global do *Autoconceito* que explica 8.6% e da *Sobrecarga Financeira* com 3%.

A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que as variáveis *Autoconceito* e *Sobrecarga Financeira*, variam na razão inversa, ou seja, um aumento destas variáveis corresponde a um aumento da gravidade do estado de ânimo dos cuidadores em estudo, por sua vez nas *Reacções a exigências*, verificamos que o aumento desta leva ao aumento da sintomatologia depressiva do cuidador informal (cf. Quadro 107).

**Quadro 107 - Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Estado de Ânimo, em Cuidadores com Sintomatologia Depressiva (N=236)**

VARIÁVEL DEPENDENTE = Estado de Ânimo (Depressão) – Cuidadores com sintomatologia Depressiva						
R Múltiplo = 0.522						
R <sup>2</sup> = 0.273						
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.263						
Erro padrão da estimativa = 7.649						
F= 9.520						
p= .002						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Coeficiente de Regressão	Incremento de R <sup>2</sup>	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-	-38.949	-	7,964	.000	
Reacções a exigências	0.267	2.882	0.157	4.416	.000	1,160
Autoconceito	-0.259	-0.251	0.086	-4.324	.000	1,137
Sobrecarga Financeira	-0.189	-2.252	0.030	-3.086	.002	1,194
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	5072.8	3	1690.9	28.900	.000***	
Residual	13515.8	231	58.5			
Total	18588.6	234				

**Hipótese 9 (H<sub>9</sub>) – As variáveis idade, nível socioeconómico, funcionalidade familiar, sobrecarga, apoio social, auto-conceito, características da personalidade, vulnerabilidade ao stress, idade do idoso dependente e o índice de dependência predizem a Saúde Mental dos cuidadores informais.**

Analizamos a Saúde Mental dos Cuidadores Informais, utilizando uma regressão linear múltipla através do método *stepwise*<sup>17</sup>. Os valores descritos no Quadro 108 levam-nos a considerar que os três termos de predição aceites são preditores da Saúde Mental, explicando 37.7% da sua variância.

A análise comparativa dos coeficientes beta sugere-nos que a *Vulnerabilidade ao Stress* tem maior peso na predição da Saúde Mental (0.377), seguido pela variável *Implicações na Vida Pessoal* (0.310) e pelo *Neuroticismo* (-0.089), variando na razão directa nos dois primeiros factores e na razão inversa com o neuroticismo. Daí podemos pensar quanto maior a Vulnerabilidade ao Stress e as Implicações na Vida Pessoal pior a Saúde mental, e quanto mais acentuado o traço do neuroticismo melhor a Saúde Mental.

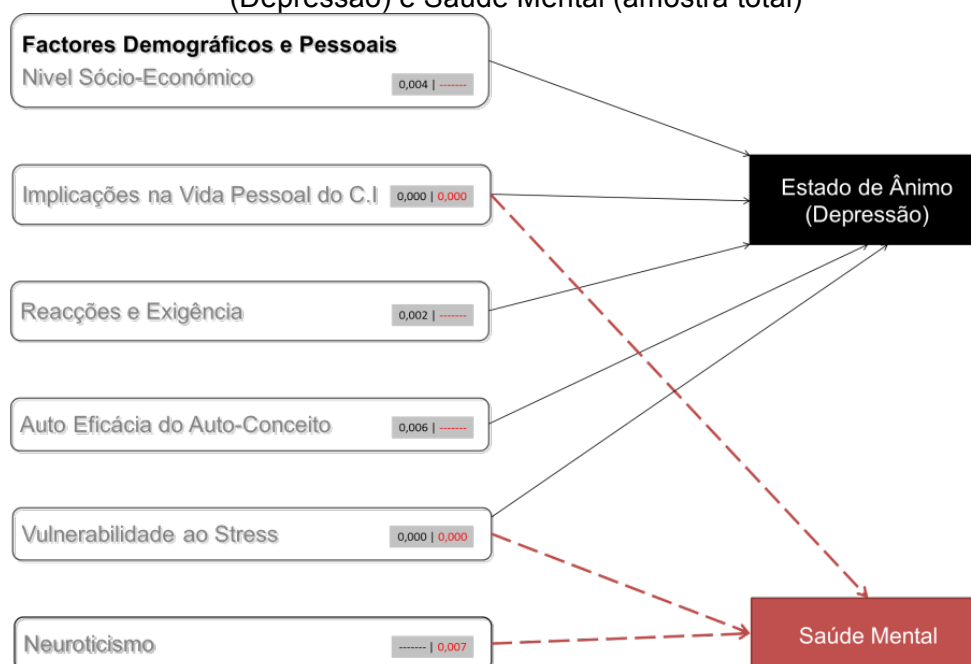
<sup>17</sup> O método de estimação usada de *Stepwise* é um método híbrido (conjuga o método *Forward* e o *Backward*). A vantagem deste método, é que permite a remoção de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis, originado tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente (Maroco, 2007)

**Quadro 108** - Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Saúde Mental (amostra total)

VARIÁVEL DEPENDENTE = Saúde Mental					
R Múltiplo = 0.616					
R <sup>2</sup> = 0.380					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.377					
Erro padrão da estimativa = 2.802					
F= 7.225					
p= .007					
SUMÁRIO DA REGRESSÃO					
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R <sup>2</sup>	t	p
Constante	-	-4.214	-	-4.936	.000
Vulnerabilidade ao Stress	0.377	0.136	0.291	10.442	.000
Implicações na vida pessoal	0.310	1.462	0.081	8.888	.000
Neuroticismo	-0.089	-0.122	0.007	-2.688	.007
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p
Regressão	3033.769	3	1011.256	128.816	.000***
Residual	4953.591	631	7.850		
Total	7987.361	634			

Assim sendo, na amostra total os resultados sustentam pelos Factores Demográficos e Pessoais que a *vulnerabilidade ao stress*, *implicações da vida pessoal do cuidador*, *reações a exigências*, *nível socioeconómico e auto-eficácia*, predizem o estado de ânimo. A *vulnerabilidade ao stress*, *implicações na vida pessoal e neuroticismo*, predizem também a saúde mental dos cuidadores informais, como pode ser notado na Figura 5.

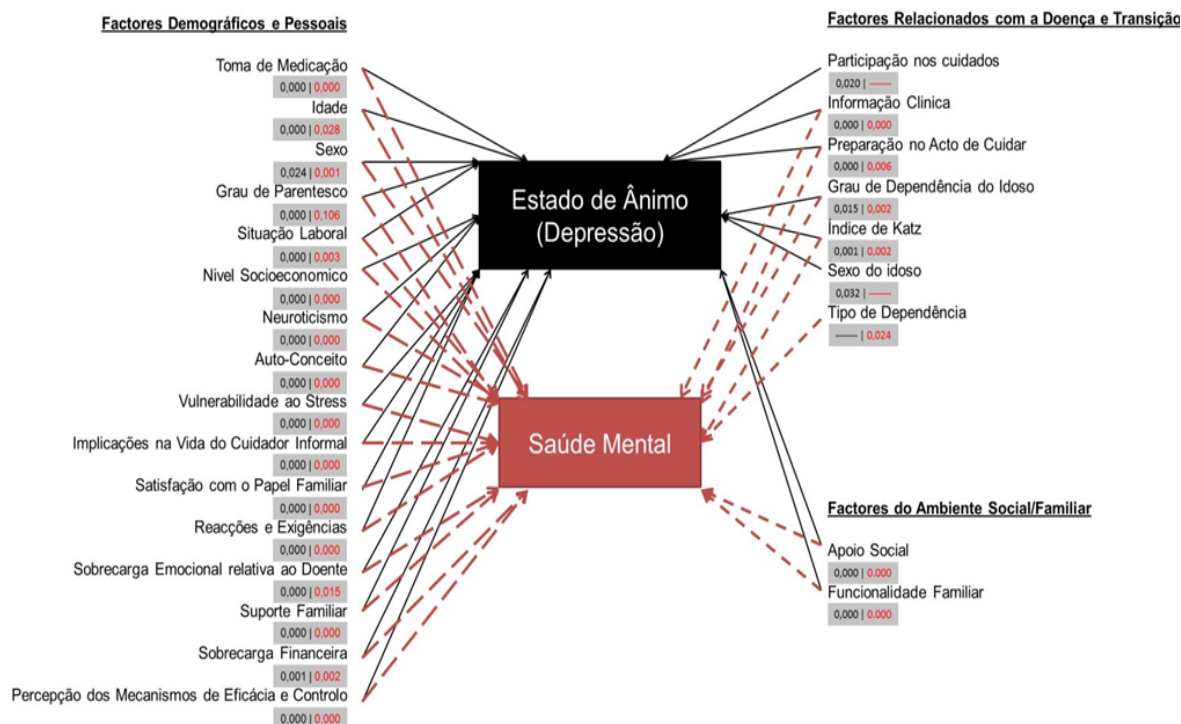
**Figura 5** - Representação esquemática das variáveis predictoras do Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental (amostra total)



De igual modo, a Figura 6 ilustra a relação significativa entre as diferentes variáveis do estudo, patenteando a interação dinâmica dos três domínios de adaptação a situações de transição (Meleis et al., 2000), tendo por base os pressupostos do modelo adaptado de transição de Fonseca (2004). Concretizando os três factores que determinam o funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental) dos cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral, são:

- Factores Demográficos e Pessoais, como a toma de medicação, idade, sexo, grau de parentesco, situação laboral, nível socioeconómico, neuroticismo, auto-conceito, vulnerabilidade ao stress, implicações na vida do cuidador informal, satisfação com o papel familiar, reacções a exigências, sobrecarga emocional relativa ao doente, suporte familiar, sobrecarga financeira e percepção dos mecanismos de eficácia e controlo.
- Factores relacionados com a Doença (Transição), sendo estes os factores que se prendem com as próprias características dos acontecimentos que estão na base das transições, como dificuldades intrínsecas à situação de doença e ao estado de saúde do familiar, tais como a participação nos cuidados, informação clínica, preparação no acto de cuidar, grau de dependência do idoso, índice de Katz, sexo do idoso e tipo de dependência.
- Factores do Ambiente Social/Familiar, como o apoio da família, dos amigos, dos vizinhos e outros recursos da comunidade, que são essenciais para diminuir os efeitos do *stress*, sobrecarga nos cuidadores, promovendo o autoconceito ajudando-o a superar a situação de transição.

**Figura 6 -** Representação esquemática das Variáveis Independentes que estabeleceram relação significativa com o Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental (amostra total)



Em síntese apresentamos, em forma gráfica, a predição do Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental e as Variáveis Independentes que estabeleceram relação significativa com o Estado de Ânimo (Depressão) e Saúde Mental na amostra total.



## 7. DISCUSSÃO

Após revisão sobre o estado actual do conhecimento empírico relativamente às principais variáveis deste estudo, exposição da metodologia utilizada na recolha de informação e explanação dos resultados, cumpre agora proceder a uma análise pormenorizada sobre as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento da temática proposta. Deste modo enfatizamos os dados mais expressivos tendo em conta o significado neste contexto específico e regional, mas também à luz de outras fontes estudadas, tendo em conta o tipo de estudo realizado, objectivos e hipóteses formuladas para este trabalho. Serão também indicadas as limitações inerentes ao desenvolvimento do estudo e por último apresentadas as implicações dos resultados.

### 7.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os objectivos deste estudo levaram-nos a definir uma amostra que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a preferir como instrumento de medição escalas e questionários de auto-resposta, que como refere Sampieri, Collado e Lucio (2006) são instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Tratou-se de um estudo quantitativo, enquadrado no tipo de investigação não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos correlacionais e explicativos. Os cuidadores informais em registo quase confessional e protegidos pelo anonimato durante e após o preenchimento do instrumento de medida manifestaram angústias que nunca tinham ocasião de apresentar. Tivemos a percepção de que, os cuidadores se deleitaram com a possibilidade de exprimirem as suas vivências, angústias e necessidades de saúde. Sentimos que o facto de sermos enfermeiros não foi indiferente para alguns cuidadores na medida em que acrescia uma esperança para a resposta a muitas dúvidas não objectadas para a resolução dos seus problemas, pois pelo facto de sermos profissionais de saúde detínhamos contacto próximo com a vida do seu quotidiano familiar.

É evidente que este opulento discurso das confidências se constituiu em material riquíssimo, cheio de indícios que reconhecemos importantes para a prática clínica. Consideramos assim como Bodstein, Zancan, Ramos e Marcondes (2004) ser de fundamental importância compreender de que maneira a população identifica, elabora e verbaliza necessidades e cuidados de saúde, assim como, vislumbra soluções e encaminhamento possíveis.

Daí que, este estudo empírico enquadrado num estudo descritivo, correlacional e explicativo permite um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade, podendo ajudar a resolver algumas dificuldades inerentes à pesquisa, sendo que uma delas é a que se refere ao desenvolvimento de programas, na concepção de que a população constitui um recipiente vazio (Piovesan & Temporini, 2009).

Em consequência entendemos que para uma melhor compreensão da conduta do cuidador, uma interpretação do seu mundo mais sensível seria pertinente fazer concomitantemente uso de uma estratégia metodológica qualitativa cuja complementaridade forneceria uma *gama maior de insight e perspectiva* (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007). Todavia face ao tamanho da nossa amostra e disponibilidade temporal para cumprir os prazos académicos a metodologia seria para nós quase inexequível.

Por outro lado, há ainda a considerar as limitações que encontramos quando trabalhamos com cuidadores familiares que serão apresentadas no ponto seguinte salientando neste momento que o envolvimento prolongado e desestruturado na actividade do cuidar é sem dúvida algo que tem efeitos na saúde física e emocional. Para tal, julgamos importante o desenvolvimento, no futuro, de um estudo *quasiexperimental*.

Ocorre referir que nos parece ser um ponto forte do nosso estudo a inclusão de diversas variáveis para além das relacionadas com o estado de ânimo e saúde mental que habitualmente não são contempladas num estudo desta natureza e que nos permitiram um leque mais alargado de conhecimentos.

Outro cuidado premente desde o início do estudo foi a de evitar os enviesamentos nos resultados obtidos, controlando, nomeadamente, as variáveis ditas *concorrentes* ou *parasitas*. Temos consciência que tal nem sempre foi conseguido pois é quase impossível dispor, mormente em meio familiar, de condições que permitam recolher informação em completa paridade, pelo que reconhecemos não terem sido reunidas as condições para poder afirmar que os dados obtidos foram adequadamente controlados.

Assim, nos procedimentos desenvolvidos para a recolha de dados tivemos em consideração o momento mais oportuno para aplicar o instrumento de colheita de dados de modo que houvesse uma maior disponibilidade em tempo por parte do cuidador e que não coincidisse também com cuidados ao idoso dependente.

Contudo, e no que respeita às variáveis potencialmente concorrentes, os cuidadores não se distinguem no que respeita ao cuidado do idoso dependente, às expectativas, dúvidas e medos mas distinguem-se em relação à idade, ao sexo e outras variáveis clínicas e sociopsicológicas.

Apesar das casuais limitações consideramos que os resultados obtidos, nos permitem, por um lado, adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática dos



cuidadores informais e seus efeitos no estado de ânimo e saúde mental e, por outro lado, poderão constituir um contributo actual para a consciencialização do valor de uma política de qualidade que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que se configura nos seus objectivos específicos a nível de profissionais de saúde e comunidade, de forma a favorecer a permanência do idoso na comunidade com a máxima qualidade de vida possível e bem-estar das famílias.

## 7.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo o estado de ânimo e saúde mental as principais variáveis em estudo optámos, por previamente proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes.

Neste novo paradigma social os cuidadores informais afiguram-se como uma nobreza expressiva para a sociedade, porém os custos associados a este papel predispõe os cuidadores, como referenciam os teóricos, a situação de crise, expressando sintomas de fadiga, *stress*, depressão entre outros.

Os estudos apontam que as etapas do cuidar, a progressão da incapacidade, a instalação súbita ou gradual da dependência, o prognóstico da doença do idoso e os recursos de que dispõe o cuidador para desenvolver as suas tarefas, oneram a sua resistência física e psicológica (Perracini & Neri, 2002 cit in Camargo, 2010).

O cuidador informal torna-se o *profissional* oculto de cuidados a idosos dependentes, experienciando consequências que se repercutem quer na sua qualidade de vida, quer na do idoso (Cruz, Loureiro, Nunes, Silva & Fernandes, 2010).

Com este nexos, o Idoso e Família é uma Unidade de Cuidado e cuidar de alguém é um sinal de comportamento positivo, maduro e civilizado (André et al., 2009). É sem dúvida uma díade que se configura “de extrema importância, na medida em que vão actuar como defensores dos direitos de cidadania, lutando contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo, de uma maneira mais eficaz, as iniquidades e desigualdades, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos (MCSP, 2007, p.4)”.

Findas estas reflexões consideradas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos no nosso estudo, com os dos estudos similares realizados.

A amostra deste estudo é constituída como referimos anteriormente, por 636 cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral.

Se o estado de ânimo e saúde mental, surgem com frequência como componentes a incluir na abordagem no funcionamento mental do cuidador, o impacto que as variáveis sócio-demográficas, sócio-familiares, psicológicas, sobrecarga do cuidador, percepção para o acto de cuidar, preparação para a alta e grau dependência do idoso possam sobre elas exercer uma reflexão cuidadosa e são sem dúvida um dos principais pontos de discussão.

Nesta óptica, um dos pontos de discussão relaciona-se com as variáveis sociodemográficas dos idosos dependentes pós-acidente vascular. Não se revestirá de grande importância científica e social conhecer os factores sociodemográficos dos idosos dependentes?

A idade das mulheres e homens dependentes oscilou entre os 60 anos e 99 anos, com uma média de 75.07 anos, sendo que a média de idade das mulheres cuidadas é mais elevada do que a dos homens. O grupo etário mais representativo é o dos 76-83 anos, com 26.2% nos homens e 28.5% nas mulheres. O grupo etário menos expressivo é dos 83 e 99 anos (22.0%). Todavia também é expressivo o grupo etário dos 60-69 anos 25.0% e torna-se preocupante sob ponto de vista de saúde pública. É uma realidade que o AVC aumenta com a idade, mas a população mais jovem não deve ser negligenciável, até porque, por exemplo, no Serviço de Medicina Interna 1 do Hospital São Teotónio S. A. (Viseu) em 2002/2003, foi feito um estudo prospectivo a 58 doentes vítimas de AVC. A idade média foi de 51.9%, com extremos de 32 e 60 anos, (Gomes et al 2008 e Silva 2011). Reveste-se assim de enorme importância os dados apresentados, porque visam, sobretudo, para esboçar e implementar estratégias de prevenção verificando-se que os cuidadores mais velhos apresentam pior saúde mental o que está de acordo com estudo sobre saúde mental do cuidador informal de Silva (2011).

Verificámos pelos nossos resultados que apenas a 20.1% dos idosos foi proporcionado atendimento segundo o protocolo Via Verde. Todavia, de acordo com os dados recolhidos pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, em inquérito enviado às instituições hospitalares, o número de doentes admitidos nas unidades de AVC pela Via Verde aumentou de 180 em 2006 para 1159 em 2008, a percentagem de admissões, no mesmo período passou de 10,5% para 16,8%. Na ARS Centro em 2006 a percentagem de internamentos pela Via Verde foi de 10.1% (nº 87); em 2007 de 13% (nº129) e 2008 foi de 22.% (nº 303) (Ministério da Saúde, 2009). Na análise destes resultados o Ministério da Saúde (2009) afirma que a taxa de resposta das instituições hospitalares tem vindo a aumentar, sendo necessário continuar a apostar neste procedimento pela sua importância para a saúde das populações. No Distrito de Viseu, o número de registos por número de casos por ano, atendidos pela Via Verde,

foram: 2012 (117); 2011 (98); 2010 (100); 2009 (92); 2008 (41) e 2007 (2) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013) sendo significativos os números apresentados.

Avaliar os diferentes níveis de incapacidade do idoso torna-se um objectivo básico para planeamento adequado dos cuidados de saúde porque interferem com o quotidiano do doente e do cuidador. Sem dúvida a dificuldade da família diante do doente neurológico é grande. Aprender a viver com e a tomar conta de um membro familiar vítima de AVC é imensamente complexo e exigente. À semelhança dos nossos resultados, França (2010) identificou na sua investigação que os cuidadores que têm a cargo pessoas mais dependentes apresentam agravamento da saúde mental.

Constatou-se que 67.8% dos idosos são gravemente dependentes. Totalmente independentes apenas 16.5%. Similarmente um estudo levado a efeito por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), em 209 idosos dependentes não institucionalizados que sofreram AVC com idade superior a 64 anos, a viverem no seu domicílio e residentes na região norte de Portugal, 29.2% apresentaram dependência total e 5.7% dependência grave avaliada através do Índice de Barthel.

Verificamos pelos nossos resultados que o perfil sócio-demográfico dos nossos idosos dependentes é de um indivíduo do sexo masculino (52,4%), com cerca de 75 anos, gravemente dependente (67,8%) sendo a dependência mais frequente a de ordem física (46,7%). Este resultado corrobora com a maioria dos estudos analisados, que demonstram o predomínio do sexo masculino (Giles & Rothwell, 2008). Numa revisão de literatura em as bases electrónicas seleccionando artigos entre os anos de 1997 a 2007, Paixão Teixeira e Silva (2009) em 11 artigos seleccionados constataram que 55% dos doentes eram vítimas de AVC, tinham incapacidade motora, disfagia 36% e afasia 9% respectivamente.

Estas incapacidades têm um elevado potencial de interferir nas actividades quotidianas gerando alto grau de dependência do idoso para o cuidador e por isso as políticas de saúde pública devem oferecer uma rede de serviços de suporte às famílias de pessoas com perdas funcionais e dependência, primordiais para o apoio social do cuidador e consequentemente a melhoria da sua qualidade de vida e dos seus familiares, (André, Rodrigues, Cunha-Nunes e Bica, 2010).

Outro ponto de discussão refere-se à caracterização sócio-demográfica dos cuidadores informais. O perfil sócio-demográfico dos cuidadores informais não servirá de fundamento para discussões e formulações de planos de acção que promovam a qualidade de vida dos protagonistas em causa?

O perfil sócio-demográfico do cuidador informal revela ser um participante do sexo feminino (83.8%), com cerca de 50 anos, casada (74.7%), com o grau de parentesco de

filha ou nora (47.6%), sem actividade laboral (55.7%), residentes na zona rural (73.9%) e com nível socioeconómico razoável (40.4%).

Esse perfil está firmado em referências culturais e o perfil do cuidador familiar português não difere muito do perfil do cuidador de outros países. Destaca-se o sexo feminino como cuidador e com cerca de 50 anos. Este dado é confirmado noutros estudos, (Martins, Ribeiro & Garret, 2004; Laham, 2003; Cattani & Perlini, 2004; Euzébio, 2005; Fonseca & Penna, 2008; Pimenta, Costa, Gonçalves & Alvarez, 2009), que ressaltam o papel da mulher como cuidadora da cultura de expressão portuguesa bem como noutras culturas. É importante conhecê-la no seu papel de cuidadora, pois é ela que está em contacto mais próximo com o idoso e é o elo mais forte na equipa de saúde.

Os familiares directos, são quem maioritariamente cuida, facto também documentados em outros estudos, (Cattani & Perlini, 2004, Almeida, Dantas, Costa & Moreira, 2007; Araújo, Paúl & Martins, 2008). Quanto mais estreita a relação parenteral, mais propício se torna ser o familiar responsável pelo cuidado. A família configura-se ainda nos nossos dias como uma importante estrutura provedora de cuidados. São os filhos os cuidadores dos pais, com sentimento de obrigação, retribuição de cuidados, somando-se o amor. Figura oculta aos olhos da sociedade, pois só se conhece o cuidador quando nos inserimos no seu espaço e no seu cuidar. Daí a importância das actividades dos Cuidados de Saúde Primários e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), permitindo a identificação das dificuldades enfrentadas no quotidiano do cuidar e no relacionamento entre os seus componentes, e por conseguinte o estabelecimento de planos de acção mais adequados à realidade familiar e necessidades do idoso.

Quanto à situação laboral 55.7% dos cuidadores informais não tem qualquer actividade laboral. Sendo que 57% estão desempregados e são do sexo feminino. Este dado ajuda a corroborar os anteriores, uma vez que, pode querer significar que as mulheres tiveram muito menos oportunidades de ter uma ocupação profissional, facto acentuado pela zona de residência ser rural para 76.4% dos cuidadores do sexo feminino.

No que concerne ao nível socioeconómico dos cuidadores verificamos que a *família de classe média* com nível socioeconómico razoável foi a mais frequente (40.4%), seguindo-se-lhe a *família de classe inferior alta*, com nível socioeconómico reduzido com 37.7%. O conhecimento deste perfil é importante para os profissionais de saúde, para planear e implementar acções voltadas para a realidade dos idosos e seus cuidadores numa conjuntura de doença prolongada na medida em que todo o suporte oferecido e em consequência encargos é quase exclusivamente da responsabilidade das famílias. E “o bem-estar necessário a uma boa saúde mental e física assenta num sentimento de

segurança que advém de ter recursos materiais para as despesas quotidianas, ter acesso facilitado a cuidados de saúde, caso sejam necessários, e estar integrado numa rede de relações familiares e sociais activas. Em qualquer destes domínios, os espanhóis por exemplo usufruem de mais benefícios. Sobre a integração em redes sociais activas, alguns estudos recentes mostram que a sociedade espanhola goza de um dos capitais particularmente importantes na velhice, a solidariedade entre familiares e vizinhos, (Fernandes, 2005). No nosso estudo os cuidadores informais sem companheiro, com emprego e que residem em meio urbano possuem um nível socioeconómico mais elevado. Isto pode denotar que no âmbito dos estilos de vida, a dicotomia rural e urbano pode ser significativa em diversos parâmetros como seja o ter conhecimento, cultura e acesso aos cuidados de saúde.

Outro ponto importante na discussão é caracterização das variáveis clínicas, porque estas devem ser discutidas para identificar cuidadores sob maior risco e consequentemente desenvolver intervenções futuras para diminuir o impacto negativo do cuidar. A importância do conhecimento destas variáveis não farão parte de um plano de acção global integrado, de questionamento, avaliação, planeamento, implementação e acompanhamento com metas bem estabelecidas por uma equipe multidisciplinar cuja finalidade é proporcionar melhores condições de saúde ao cuidador e idoso dependente?

A maioria dos cuidadores informais (78.0%) não toma qualquer medicação para dormir, possui um razoável conhecimento acerca da informação clínica do seu familiar (49.4%), participou algumas vezes nos cuidados ao familiar durante o internamento (30.0%), sentiu que foi escutado acerca dos seus medos/dúvidas/sentimentos apenas algumas vezes (45.6), sentem-se razoavelmente preparados para cuidar do seu familiar em casa (42.0%) e o apoio institucional que recebem com mais frequência é a visita domiciliária de enfermagem (25.3%).

Apesar de a maioria dos cuidadores informais referir que não toma qualquer medicamento para dormir, 22.0% referem que necessitam de ajuda de calmantes e antidepressivos. Em oposição a este resultado é o estudo de Pegoraro e Caldana (2008) que na análise temática das entrevistas identificaram sofrimento psíquico com toma de calmantes e antidepressivos em todos os cuidadores. Também o estudo de Romão e Pereira (2008), em que quase metade dos cuidadores toma medicação para a ansiedade e ou dormir. As famílias provedoras de cuidados confrontam-se com novos desafios e novas solicitações mas não é condição *sine qua non* para que o cuidador tome calmantes e antidepressivos. Ou ainda, os nossos cuidadores não tiveram oportunidade de serem ajudados pelo seu médico de família na diminuição da angústia através da toma de medicação.

O objectivo principal dos cuidados de enfermagem é promover a saúde, definir cuidados e ajudar as famílias a desenvolver o seu potencial em matéria de saúde. Estes cuidados consistem numa colaboração entre o enfermeiro e a família com a finalidade de manter e reforçar a saúde (Araújo, Paúl & Martins, 2008). Assim, para tornar exequível a continuidade dos cuidados prestados pelos cuidadores familiares no seu domicílio, deve-se iniciar a preparação para a alta no contexto de internamento num processo de orientação para a saúde. Aqui, a função do enfermeiro é relevante, assumindo uma relação de cooperação mútua, atenuando o *stress* do cuidador na medida em que esclarece dúvidas, atenua medos e angústias. A confirmar este pressuposto estão os estudos de Araújo, Paúl, e Martins (2008) e Andrade, Costa, Caetano, Soares e Beserra (2009) em que ressaltam a função do enfermeiro em transformar a ansiedade e a falta de preparação dos cuidadores no internamento em força produtiva orientada para o cuidado no domicílio. Bock e Nascimento (2007) evidenciam como resultados do seu estudo, um elevado número de necessidades não atendidas principalmente a falta de conhecimento da família sobre a doença e seu cuidado e a falta de orientação pelos profissionais de enfermagem aos cuidadores pelo cuidado do doente após a alta hospitalar. Também Caldas (2003) constatou que os cuidadores relatam que raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem indicação de um serviço para prosseguir o tratamento. Com menos sobrecarga, ansiedade, depressão e mais qualidade de vida, apresentaram-se os cuidadores que foram preparados para a alta quando comparados com um grupo de controlo, num estudo efectuado por Kalra et al. (2004b). O valor médio do apoio institucional encontrado no nosso estudo ( $\bar{x}$  = 22.648) é ainda um valor expressivo. Importa salientar que os resultados do estudo de Pereira (2011, p. 222) sugerem que a mestria dos cuidadores familiares resultou da reunião das competências adquiridas em experiências anteriores ao cuidar da pessoa ou de outros familiares, mas também do que aprenderam e experienciaram durante o internamento, emergindo o conceito: a *“prática é a grande mestra”*, sendo esta que proporcionou a segurança ao familiar cuidador para continuar os cuidados em casa.

Um dado que merece especial atenção é a valorização das variáveis sócio-familiares como factor importante para o bom funcionamento mental e melhor a qualidade de vida dos cuidadores informais. Todas as diligências serão incompletas se não forem criadas oportunidades de resolução das dificuldades considerando todo o contexto que está por trás da tarefa de cuidar. Será que a funcionalidade familiar actua como força positiva nas várias dimensões do cuidar?

A maioria dos cuidadores informais (50.5%) encontra-se inserida em famílias altamente funcionais. São mais funcionais as famílias dos cuidadores que vivem com companheiro; não tomam medicação para dormir; receberam mais informação clínica;

sentem que foram sempre escutadas as suas dúvidas; relatam maior preparação para o acto de cuidar o seu familiar e não dispõem de apoio qualquer tipo de apoio institucional.

A corroborar este resultado temos o estudo realizado por Pierce, Gordon e Steiner (2004) encontraram através da união familiar, o processo de resolução da crise e o modo de prestação de cuidados aos familiares vítimas de AVC. E a provisão de informação aos cuidadores e doentes deve ser auxiliada com uma componente prática para uma melhor funcionalidade familiar. Estas são as recomendações de uma pesquisa exaustiva resultante de estudos levada a efeito por Forster et.al. (2001). Clark, Shields, Aycock e Wolf (2003) relatam no seu estudo que uma maior predominância de conflitos familiares foi relacionada a pior comunicação no seio da família, a um funcionamento familiar inadequado e a um maior nível de crítica percebida.

Constituindo o “cuidar no domicílio”, um dos grandes desafios no século XXI, uma outra vertente da acção social deve orientar-se para os cuidadores informais baseando-se na espontânea exercitação da cidadania. Será que o apoio social constitui um factor muito importante para dotar comportamentos que ajudam a promover a saúde do cuidador informal?

Na nossa amostra os cuidadores informais apresentam um bom nível de apoio social (42.8%), contrastando com um nível fraco de 41.2%.

As mulheres pontuaram com melhor apoio social do que os homens; os cuidadores mais idosos afirmam dispor de menor apoio social; o apoio social é maior quando o nível socioeconómico é mais baixo; os cuidadores cujo grau de parentesco é Marido/Esposa apresentam em média um valor mais baixo de apoio social;

Os cuidadores que apresentam melhor apoio social são os que receberam mais informação clínica; prestaram mais vezes cuidados durante o internamento; foram mais vezes escutados; se caracterizaram como totalmente preparados para o acto de cuidar; não possuem apoio domiciliário e cuja família é altamente funcional.

O valor médio de apoio social encontrado ( $\bar{x}$  =57.13) no nosso estudo é substancialmente inferior ao relatado por Matos e Ferreira (2000) ( $\bar{x}$  =64.87) o que poderá ser explicado pela diferença na média das idades dos participantes, uma vez que o nosso estudo abrange uma população mais idosa ( $\bar{x}$  =50.19 anos) ao contrário do das autoras em que a população estudada era jovem ( $\bar{x}$  =28.6 anos). Os valores apresentados colocam em evidência que as relações de empatia entre familiares, entre técnicos de saúde e cuidadores são fulcrais na motivação para a aprendizagem do cuidar. Para além disso, não podemos deixar de valorizar o elevado número de cuidadores 41.2% com fraco apoio social. Em Portugal, reconhecidamente os cuidadores, os serviços de saúde e sociais ainda não se encontram preparados para assegurar esta etapa da vida (Jesus, 2008). Também Nardi e Oliveira (2008) salientam que é preciso um

forte incentivo na formação de recursos humanos exercitados para atender o idoso e seu cuidador, aliado à formação de redes de suporte ou apoio social com o intuito de amenizar a sobrecarga da família do idoso dependente.

Outro aspecto relevante na discussão é a caracterização das variáveis psicológicas porque estas podem explicar a vulnerabilidade dos cuidadores informais perante o cuidado.

Vale salientar a importância das características da personalidade para o ajustamento emocional e social do cuidador. Será que o impacto do cuidado depende das características da personalidade do cuidador?

Importa ainda sublinhar que as características da personalidade têm efeito no estado de ânimo dos cuidadores, e que o neuroticismo prediz a percepção das estratégias de distress e de coping dos cuidadores (Ferrario et al. 2003, cit in Bidarra, 2010).

O traço de neuroticismo constituiu a característica predominante relativa à personalidade dos cuidadores. Verificou-se que os cuidadores masculinos pontuaram com maior predominância quando comparados com o sexo feminino ( $\bar{x}$  = 11.95 vs  $\bar{x}$  = 11.01). Os cuidadores com predomínio de neuroticismo, provêm de famílias mais funcionais e pontuam com melhor apoio social. Os cuidadores informais mais extrovertidos pertencem ao nível socioeconómico mais baixo.

A maioria dos cuidadores do nosso estudo tem tendência para relatarem a existência de factores emocionais negativos. Porém a maioria das investigações mostra, que o suporte social tende a aumentar a auto-estima, a promover o humor positivo, o optimismo e a diminuir o *stress*, os sentimentos de solidão e fracasso (Pinheiro & Ferreira, 2002). Todavia não podemos esquecer que frente a uma situação estressora, o tipo de resposta de cada pessoa depende não somente do agente estressor, como também da junção de factores ambientais e genéticos.

Acentuar a importância do autoconceito nos cuidadores tem um significado notável para perceber a coerência do comportamento independentemente das influências do meio ambiente. Será que o Autoconceito pode ser entendido como a atitude valorativa que o cuidador tem sobre si mesmo e como uma influência decisiva nos acontecimentos, no seu meio ambiente?

A amostra é maioritariamente constituída por cuidadores informais com razoável autoconceito (88.8%).

Os cuidadores familiares com melhor auto conceito são os cuidadores: mais novos; com nível sócio-económico mais elevado; que pertencem a famílias mais funcionais; que possuem melhor apoio social; que receberam mais informação clínica acerca do seu familiar; que prestaram sempre cuidados durante o internamento ao idoso;



que foram sempre ouvidos e/ou esclarecidos acerca das suas dúvidas e receios; que se sentem melhor preparados para o cuidar

Sem dúvida, que o autoconceito opera como instigador da motivação. A bibliografia escassa sobre a avaliação das necessidades dos cuidadores portugueses, tem dado ênfase às dificuldades sentidas por estes na realização do cuidar e suas consequências. Nesta sequência, a implementação e desenvolvimento de uma associação constituída por cuidadores a nível dos Cuidados de Saúde Primários seria uma componente essencial com uma projecção dinâmica na sociedade contemporânea para ajudar os cuidadores a lidar com o *stress* e outros impactos associados à doença. Estas redes informais de discussões e de apoio a cuidadores costumam ser fontes de alívio para que possam dividir suas reflexões e experiências. A sustentar esta opinião estão os estudos de Grant, Glandon, Elliot, Giger e Weaver (2004) que anotam que os cuidadores familiares que se encontram isolados dos outros podem beneficiar de intervenções terapêuticas que facilitem a interacção social e diminuam a sobrecarga do cuidador.

Cuidar de um idoso dependente pode provocar níveis elevados de *stress*, que consequentemente elevam o risco de aparecimento de vários problemas, que podem ser de ordem física, emocional, familiar e social. Perante este quadro percebemos a exigência subjacente do cuidar. Quais os factores associados ao *stress* do cuidador?

Os resultados encontrados para a vulnerabilidade ao stress, são consensuais em vários estudos, em que os cuidadores informais são submetidos a stress psicológico, físico, emocional e financeiro (Fernandes, 2009) e por outros que reportam o cuidado como fonte estressora capaz de gerar grande sobrecarga ao cuidador (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012).

A maioria dos cuidadores informais (55.0%) apresentou vulnerabilidade ao stress. E os mais vulneráveis são as mulheres, os cuidadores integrados em famílias disfuncionais, com baixo apoio social, os que tomam medicação para dormir, os cuidadores que receberam informação clínica insuficiente do seu familiar, os que têm um traço de neuroticismo acentuado e com pior auto-conceito.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2005, p.51) designa por stress de do prestador de cuidados *“um tipo de coping com as características específicas: disposição que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas e em resposta às exigências da prestação de cuidados”*.

São de facto os cuidadores familiares que afiguram um benefício expressivo para a sociedade mas os custos associados a esse papel pode gerar enorme *stress* (Garcia,

2009). Os resultados deste estudo talvez possam ser explicados, pelo facto da satisfação com a família, funcionar como um moderador do *stress*, ajudando a viver com a doença, sendo as suas consequências avaliadas positivamente. Visser-Meily, Post, Riphagen e Lindeman (2004) referem que a prestação de cuidados é stressante e pode ter efeitos negativos nos membros da família que prestam cuidados. Além de que não nos podemos esquecer que as características dos próprios cuidadores e a personalidade predominante dos nossos cuidadores é o traço de neuroticismo, influenciando por conseguinte o *stress* vivenciado pelos mesmos. É pertinente dizer que o nível do *stress* do cuidador pode ser minimizado por programas de visita domiciliária.

Podemos dizer que uma enfermidade alongada de um familiar afigura-se como uma situação de crise geradora de *stress*, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal e familiar, devido a um aumento da sobrecarga e uma pior qualidade de vida das famílias cuidadores (André, Cunha & Rodrigues, 2009a) e corroborar com o estudo de Barbosa (2009) cujos resultados chamaram a atenção para a importância dos profissionais ajudarem os cuidadores a identificar as causas do seu *stress* e desenvolver e otimizar estratégias de coping eficazes.

Ter um idoso dependente torna-se um desafio imenso para os cuidadores, uma vez que estes devem tentar resolver os problemas de saúde do familiar idoso além de tentar manter suas actividades de vida diária. Assim o difícil processo de cuidar, aliado ao aumento das responsabilidades que esta função promove, pode levar à sobrecarga dos cuidadores. Estudos têm demonstrado que a sobrecarga dos cuidadores encontra-se aumentada em várias vertentes. Desta forma, em que vertentes o cuidador se sente mais sobrecarregado?

A sobrecarga do cuidador em saúde mental demonstrou-se como temática actual e de grande relevância para o desenvolvimento de novas práticas de assistência à saúde na área. A investigação realizada evidenciou importantes aspectos bem como a necessidade da continuidade de estudos para melhor atenção ao cuidador. A carência de estudos sobre a sobrecarga do cuidador formal remete a reflexão e evidencia a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas sobre a temática de forma a contribuir para o desenvolvimento de uma melhor assistência ao cuidador, seja ela formal ou não (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012).

Em termos médios o cuidador relata grande sobrecarga nas vertentes financeiras, percepção dos mecanismos de eficácia e controlo, no suporte familiar. Por sua vez, os cuidadores apresentam menor sobrecarga nas reacções a exigências, na satisfação com o seu papel e familiar e nas implicações na vida pessoal.

Estes dados levam-nos a concluir que esta temática é um problema de saúde pública porque é crescente a porção de idosos dependentes, uma vez que a expectativa

de vida vem aumentando. Saliente-se a diferença entre as vertentes de maior e menor sobrecarga realçada pelos cuidadores. Sem perplexidade que a dependência precisa de ser reconhecida como um importante assunto de saúde pública porque ela gera impacto na economia e na dinâmica familiar. Os resultados encontrados na sobrecarga física, emocional, social e financeira, vêm de encontro aos resultados apurados pela aplicação do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) e outros estudos realizados nesta área a nível nacional e internacional nesta área. Numa potencial rede de cuidados integrados, é preciso avaliar a sobrecarga da dedicação integral ao cuidado, imposta sobretudo a mulheres convivendo com idosos dependentes. É fundamental que, tanto da parte do governo, como dos serviços de saúde, se ofereça às mulheres suporte social, económico e técnico para que possam exercer efectivamente o cuidado dos idosos dependentes. Face ao referido, a sobrecarga dos cuidadores informais é uma realidade de difícil solução a um curto prazo, tornando importante conhecer o perfil destas pessoas, nas diferentes áreas geográficas, pois, os problemas vivenciados pelos mesmos são distintos, dependendo das condições socioeconómicas e culturais das famílias. Os resultados deste estudo, ao permitirem a identificação de diversas variáveis que se assumem como determinantes da sobrecarga do cuidador, podem auxiliar a equipe multiprofissional na capacitação futura dos cuidadores informais, proporcionando assim uma assistência de qualidade ao cuidador e ao idoso. A atentar dessa importância a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (Campos, 2006) salienta que a maioria dos cuidados a prestar nesta rede serão cuidados de enfermagem e que por isso os enfermeiros terão de ser responsabilizados pela gestão de casos e terão de saber articular e coordenar o seu trabalho com médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Sawatzky e Fowler-Kerry (2003) enfatizam que, quando os serviços de assistência domiciliar estão disponíveis para apoiar o cuidador, a sua sobrecarga cai proporcionalmente.

Concluindo, podemos afirmar que a perspectiva de sobrecarga, que tem dominado a literatura, indicia a prestação de cuidados informais como algo gerador de condições patológicas (Silva, 2011).

Os cuidadores informais de idosos enfrentam, no seu quotidiano, situações de conflito, tensões, alterações de planos de vida, isolamento social, sobrecarga e stresse, o que implica repercussões negativas concretizadas com perda do desejo, e então encontramos-nos diante de uma situação vulnerável para o corpo e para a mente, correndo o risco de debilidade física e mental, o último manifestado por meio de estados de tristeza, apatia ou depressão. Isto remete-nos para a capacidade de gerir as variáveis positivas em termos do funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental) que são determinantes para proporcionar uma mudança equilibrada na tríade cuidador -cuidado -

idoso. Não serão factores importantes a serem identificados pelo enfermeiro para uma prestação de uma assistência integral à saúde do cuidador?

É justificável a preocupação crescente em estudar factores sociodemográficos para a avaliar e tratar a depressão no cuidador informal como importante valor preventivo. Será que a depressão ocorre independentemente das características sociodemográficas do cuidador, bem como dos seus encargos?

A maioria dos cuidadores (62.9%) não apresenta depressão, contudo esta afecta 37.2 %dos cuidadores sendo a sintomatologia depressiva mais grave nos cuidadores mais velhos.

Em geral, as mulheres apresentam piores índices de sintomatologia depressiva ( $\bar{x}$  =10.45), logo pior estado de ânimo, quando comparadas com os homens ( $\bar{x}$  =8.91). Na análise dos resultados, chama atenção, o fato de 34.2% serem mulheres com idades superiores a 55 anos, sendo, portanto, muitas vezes idosas a cuidar de outros idosos. Para além da sobrecarga do cuidador é acrescido os problemas vivenciais ao processo de envelhecimento como a depressão. Estas constatações estão de acordo com o estudo de Karsch (2003b) em que predominantemente os cuidadores eram do sexo feminino (92.9%) e em que 39.0% sofriam de depressão.

Todavia, nos cuidadores com estado de ânimo depressivo (37.2%) a sintomatologia depressiva é mais grave nos cuidadores do sexo masculino ( $\bar{x}$  =25.48), do que no sexo feminino ( $\bar{x}$  =20.37) e o estudo da relação entre a sintomatologia depressiva e a idade não é significativa.

Dados divergentes aos da investigação aqui apresentada foram encontrados num estudo internacional sobre a prevalência da depressão em mulheres cuidadoras por Yee e Schulz (2000) cit in Brody (2004) em que verificaram que as mulheres apresentavam maior risco de morbilidade psiquiátrica que os homens, exibindo nomeadamente elevados níveis de depressão, que podem estar relacionados com o facto de as mulheres terem mais exigências na prestação de cuidados. No estudo português de Martins, Ribeiro e Garret (2004) 53% dos cuidadores informais apresentaram níveis de depressão preocupante. Cuidadores mais velhos apresentaram estarem mais vulneráveis à ansiedade e depressão.

O grupo de cuidadores com o parentesco sobrinho é o que apresenta mais sintomatologia depressiva. Esta percepção foi validada no estudo de Cerqueira e Oliveira (2002), quando confirmam que peso o sentido pelos cuidadores para ser maior ou menos dependendo, entre outros factores da qualidade da relação que havia anteriormente com o idoso.

Os cuidadores que recebem mais informação clínica acerca do seu familiar e os que estão mais bem preparados para o acto de cuidar relatam menos sintomatologia

depressiva. Podemos assim inferir, com relativa segurança, que os enfermeiros terão um papel central nesta nova rede de cuidados, quer nas equipas de gestão de alta hospitalar, de acompanhamento familiar nos centros de saúde, ou centros de reabilitação. Resultados provindos de uma investigação portuguesa recente salientam um conjunto de respostas dos cuidadores analisados no momento da alta clínica em que referiam sentir algo de negativo como revolta, tristeza “*senti-me bastante triste...revoltei-me até um bocado*”; medo “*bastante receio, não sabia muito bem como lidar com ele*” “*não me senti muito bem...custou-me muito*”; choque transtorno, desamparo, insegurança, sobrecarga e muita responsabilidade “*senti que ia ter mais responsabilidade em cima de mim*” e atribuem a origem destes sentimentos à falta de apoio dos profissionais de saúde, “*não tive apoio de nada, nem do hospital, nem do centro de saúde*” (Araújo, Paúl & Martins, 2008). A comprovar a importância da preparação para alta destes protagonistas (doentes e cuidadores) está o estudo de Grasel, Schmidt, Bichler e Schupp (2006) que mostra que os efeitos de um programa de transição intensificada podem fortalecer os cuidados domésticos, reduzindo a institucionalização e a mortalidade. Também a confirmar este intento estão os estudos de César e Santos (2005) e de King e Semik (2006) em que os autores apelam para a implementação programas de preparação para alta hospitalar, vista como uma estratégia na Educação para a Saúde e poderá ajudar a família a continuar com os cuidados domésticos depois da alta hospitalar.

Ser cuidador informal é um caminho que frequentemente não é planeado nem esperado, nem escolhido. A maneira como é trilhado depende de factores objectivos e também de factores subjectivos. Estes são elementos cruciais na transposição das fases de preparação, aquisição, desempenho pleno e na aceitação ou rejeição do papel do cuidador. Será que a depressão ocorre independentemente das características psicológicas do cuidador, neste novo paradigma?

Quanto melhor o autoconceito menos grave a sintomatologia depressiva dos nossos cuidadores. O mesmo foi apurado nos indivíduos que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (Vaz-Serra, 1986) em que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um autoconceito pobre (Vaz-Serra, 1986).

Quanto menor a extroversão maior a sintomatologia depressiva dos cuidadores. Este resultado está em similitude com os pressupostos dos teóricos, uma vez que um alto índice de neuroticismo identifica indivíduos propensos a sofrimentos psicológicos e que podem apresentar altos níveis de ansiedade, depressão, hostilidade, vulnerabilidade, autocritica e impulsividade (Nunes, 2000). Este resultado pode estar em consonância com o postulado de Vaz-Serra e Pocinho (2001) em que advogam que o autoconceito do indivíduo e as estratégias de coping que usualmente utiliza na resolução dos problemas

têm grande importância não só em relação à percepção que cada um tem do mundo à sua volta, como no êxito e fracasso que obtém para enfrentar as situações stressantes.

Quanto maior vulnerabilidade ao stress maior a gravidade da sintomatologia depressiva dos cuidadores. O que há em comum nas investigações é que o *stress*, quando intenso deteora a saúde e o bem-estar psiconeuroendócrino. Nesta linha de pensamento Vaz-Serra (2002, p. 346), salienta que “o impacto que determinada situação de *stress* tem sobre o indivíduo depende não só das estratégias de coping utilizadas, como também dos recursos pessoais e sociais de que pode dispor.”

É à família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente do idoso. Contudo cuidar numa perspectiva de parceria, faz emergir alguns medos nos cuidadores familiares, associados sobretudo às situações de desempenho lado-a-lado com os idosos, o medo de não ser competente, o medo de errar... É de considerar, portanto, que a família enquanto prestadora de cuidado a seu familiar idoso constitui uma rede social de apoio que merece a devida atenção dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, para trabalhar em parceria, reduzindo a sintomatologia depressiva?

Os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam estado de ânimo mais positivo. Sendo a família um espaço concreto para o cuidado para que a dinâmica familiar e a qualidade da relação idoso dependente e familiares não seja aviltada é indispensável o suporte assistencial para que a funcionalidade familiar não seja subestimada. Como destacam Leite e Vasconcelos (2006) a família é a primeira instância cuidadora dos doentes, de modo que a grande parte dos sintomas e episódios é tratada sem que sequer chegue à rede oficial de serviços de saúde. Importa pois reflectir na postura e no tipo de relações criadas entre os profissionais de saúde e os cuidadores. Uma relação empática com, os cuidadores, é essencial para o êxito de todo o processo de ajuda. Na verdade, apesar de se reconhecer que há muitas dificuldades na ajuda destas famílias (cultura, conhecimento, enquadramento social, etc.) estamos convictos que informando e ajudando com verdade e compaixão fazemos com que as famílias não adoçam.

Os cuidadores com pior estado de ânimo relatam dispor de menos apoio social. Vários estudos apontam esta casualidade Ethgen et.al. (2001); Tang e Chen (2002); Simões (2002); Bhogal, Teasell, Foley e Speechley (2003); Sit, Wong, Clinton, Li e Fong (2004); Martins (2005); Grant et al. (2006). O cuidador é um ser humano, e não uma máquina programada, sofre porque está cansado, sofre ao ver o seu idoso tão frágil e dependente. É necessário que o cuidador tenha os seus direitos respeitados como o descanso e que tenha cooperação ou subdivisão de tarefas e responsabilidades com os outros familiares. Resultante deste novo paradigma de cuidados aos familiares

cuidadores que são de atenção e respeito pelo cuidador, se ajuda for dada ao longo de todo o percurso do cuidar, temos a convicção que estarão reunidas as condições que melhoram o estado de ânimo. Acreditamos que não é pelo facto do desgaste que o cuidar é *embaraçoso e inoportuno*, mas porque não há ajuda quando sobrecarregados.

Ao aumento da sobrecarga nas subescalas “Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal”, “Satisfação com o Papel Familiar”, “Reacções a exigências” e na “Sobrecarga Emocional relativa ao Doente” corresponde pior estado de ânimo. As razões que justificam estes resultados talvez se expliquem à luz da definição de sobrecarga subjectiva que resulta, da responsabilidade emocional do cuidador, da forma como ele sente o seu grau de desânimo, ansiedade ou depressão, das suas características pessoais emoções e das suas atitudes tomadas inerentes às tarefas e actividades desenvolvidas no processo de cuidar, (Marques, 2007; Martins, 2006, Bocchi, 2004). O neuroticismo intensifica a sobrecarga e a depressão do cuidador informal, em contraste com a extroversão que as atenuam. Altos níveis de neuroticismo são um forte preditor de tanto da sobrecarga como da depressão no cuidador informal, de acordo com estudos de Bookwala e Schulz, (1998), Jang et al, (2004), Helmes et al. (2005) Shurgot e Knight, (2005) e Campbell et al. (2008) cit in Melo, Maroco e Mendonça, (2011). E assim os cuidadores vão construindo, reconstruindo, escrevendo e reescrevendo, uma história nova a cada dia. Como se nascessem a cada momento “*para a eterna novidade do mundo*”, como escrevia o poeta Fernando Pessoa.

A ocorrência da doença de um familiar gera, por princípio, um impacto muito grande. O tempo de cura da doença, como no caso de um AVC, é algo indeterminado. Em que medida a variável saúde mental é importante para o reconhecimento e caracterização do cuidador?

Neste âmbito, a saúde mental considerada como a “capacidade do ser humano se situar fluentemente em três vertentes, na relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação com a vida... trata-se de um sentimento de bem-estar centrado numa harmonia interior. O bem-estar emerge como expressão da harmonia do funcionamento do sujeito”, Milheiro (2001, p. 301) cit in Fragoeiro (2008).

É importante considerar a possibilidade de que os cuidadores informais mais vulneráveis e, sobretudo, os que sofrem com mais intensidade o impacto do cuidar apresentem pior saúde mental. Como perspectivam os cuidadores o seu estado de saúde mental?

Cuidar do outro dependente constitui uma ameaça ao funcionamento harmonioso do cuidador, podendo sobrevir a doença mental (saúde mental negativa). Esta envolve um *continuum* que se estende das mais severas desordens mentais até uma variedade de sintomas de diferente intensidade e duração, resultando numa multiplicidade de

consequências. Lahtinen, Lehtinen, Riikonen e Ahonen (1999) cit in Fragoeiro (2008), referem que para a saúde mental concorrem factores e experiencias individuais, interações sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais e que esta é experimentada como parte da vida quotidiana normal. Os problemas da saúde mental estão correlacionados como o *stress* pessoal e podem apresentar-se temporariamente como falta de motivação, dificuldades de concentração e aborrecimento, (Fragoeiro, 2008).

Deste modo cuidar de um indivíduo idoso, dependente, portador de uma doença crónica, pode representar uma ameaça constante e cabe então ao profissional de saúde analisar as situações indutoras de *stress*, das experiências de stress, e das consequências das mesmas, pela sua importância e pela sua relação com a saúde mental dos cuidadores informais, porque as circunstâncias indutoras de stress devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de as modificar ou de minimizar os seus efeitos negativos (Silva, 2011).

Apresentam boa saúde mental 58.0% dos cuidadores, 36.8% apresentam fraca saúde mental e 5.2% razoável saúde mental. Os cuidadores masculinos apresentam melhor saúde mental. Esta constatação não é consistente com os estudos de Li, Lee, Lin e Amidon (2004), em que verificaram que os cuidadores quando comparados com a população normal possuíam uma saúde mental mais débil.

A saúde mental destacada por muitos investigadores como factor determinante na qualidade de vida dos cuidadores tem sido estudada, não só numa perspectiva objectiva mas sobretudo uma compreensão pessoal e subjectiva. Assim, a caracterização do perfil de saúde mental dos nossos cuidadores, apresenta valores preocupantes. Este dado é facilmente explicável, se tivermos em conta por um lado a média de idades dos inquiridos (50.19 anos) e outras variáveis já discutidas e por outro, o facto do recurso ao apoio social (nível fraco 41.2%) ainda ser precário.

À medida que aumenta a idade, a saúde mental dos cuidadores é mais débil.

A avaliação objectiva do perfil familiar e das funções que os seus membros exercem é importante porque fornece informações significativas para melhorar o planeamento do cuidado ao idoso dependente no domicílio, uma vez que a família satisfaz inúmeras necessidades de seus componentes, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (auto-estima, amor,) ou sociais (identificação, relação, comunicação...) e para que as relações de cuidado funcionem como dispositivos eficazes para a promoção da saúde mental e para o desenvolvimento de práticas integrais. Deste modo a idade do cuidador deve ser algo a priorizar para que a sua homeostase seja mantida.



Os cuidadores com melhor nível socioeconómico auferem também de melhor saúde mental e os cuidadores desempregados são os que têm pior saúde mental. O valor  $t$  do nosso estudo mostra que o nível sócio-económico explica 3.4% da variância da saúde mental dos cuidadores.

O envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Este processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização política, social e da área de saúde mais adequadas para atender às novas exigências, (Kalache, 2008). Em 2006 foram os idosos que registaram as maiores taxas de risco de pobreza (26%) em Portugal, (Instituto Nacional de Estatística, 2008). Por este motivo, torna-se cada vez mais necessário o investimento em políticas públicas que favoreçam esta faixa etária. Por isso, muitos autores afirmam que a equidade significa tratar desigualmente o desigual, ou seja, não basta simplesmente garantir o mesmo acesso a todas as pessoas, mas sim garantir que cada pessoa tenha o acesso de que necessite. Sendo que a conquista da cidadania assegure os idosos dependentes e seus cuidadores familiares a viver com dignidade, saúde e qualidade de vida. Investigações aludem que pessoas com baixo nível sócio-económico, constituem factores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Baptista, 2004; Baptista, Borges & Biagi, 2004; Ludermir & Melo Filho, 2002; Miranda-Sá Jr., 2001; OMS, 2002 & Marote, Del Carmen, Leodoro e Pestana, 2005). Marote, Del Carmen, Leodoro e Pestana (2005) desenvolveram um estudo cujos resultados assinalaram que o apoio económico foi o mais solicitado (76.6%) para a gestão de despesas em medicação, fraldas entre outras necessidades.

As exigências concretas do cuidado integral a idosos dependentes interagem com a saúde mental do cuidador. A que estará associado o agravamento do estado de saúde mental dos cuidadores informais?

Os cuidadores informais que tomam medicação para dormir apresentam pior saúde mental. Não podemos mostrar-nos surpresos perante tal resultado uma vez que as permissas são como subjacentes. Todavia pode-nos alertar para necessidade do relevante conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente das cuidadoras em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos muitíssimo interligados. Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) e Neri e Sommerhald (2002) identificaram na sua investigação que todas as cuidadoras referiram pior saúde mental e o uso crónico de medicamentos, inclusive antidepressivos, hipnóticos e ansiolíticos.

Os cuidadores que recebem mais informação clínica acerca do seu familiar apresentam melhor saúde mental. Os que não se sentem preparados são os que possuem pior saúde mental. Os estudos desenvolvidos acerca de significados atribuídos

pelos enfermeiros ao cuidado realizado no contexto hospitalar, verifica-se que o cuidado ao doente é uma área específica da enfermagem e se observa a importância da busca pela autonomia da profissão, nas diversas dimensões do cuidado, inclusive, no preparo da família para a alta hospitalar (Bueno & Queiroz, 2006). Daqui se depreende da importância para o cuidador familiar da sua preparação técnica e emocional aquando da alta e da função relevante da equipa de saúde para tal preparo.

Conhecer o perfil epidemiológico em saúde mental dos cuidadores informais pode favorecer os encaminhamentos para ajuda profissional especializada que poderá actuar num nível profiláctico ou interventivo, dependendo da situação. Que importância tem as variáveis psicológicas na saúde mental do cuidador?

Na prática clínica, a avaliação das características da personalidade deve ser tomada em conta no planeamento de programas de intervenção, dado que o caregiving é um processo marcado pelas características dos cuidadores e doentes (Silva, 2012).

Quanto melhor o autoconceitos cuidadores melhor a saúde mental. Quanto mais acentuado o traço de neuroticismo e maior a vulnerabilidade ao stress pior a saúde mental dos cuidadores. A OMS postula que *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas em ausência de doença ou enfermidade”*. A saúde mental é um aspecto fundamental da saúde que permite ao ser humano aproveitar plenamente as suas aptidões cognitivas, afectivas e relacionais. Uma boa disposição mental permite enfrentar as dificuldades da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para as acções da sociedade (OMS, 2000). Estamos de acordo com Pervin e John, (2004) quando referem que todas as pessoas apresentam características que estruturam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos. Logo, é possível afirmar que a personalidade envolve qualidades psicológicas únicas de um indivíduo, que influenciam seus padrões de comportamento, tanto externos quanto internos, em relação a variadas situações ao longo do tempo (Gerrig & Zimbardo, 2005). Portanto, para compreender um indivíduo é fundamental prestar atenção às suas qualidades pessoais.

Estudos relatam que famílias instáveis e não suportivas constituem factores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Baptista, 2004; Baptista, Borges e Biagi, 2004; Ludermir e Melo Filho, 2002; Miranda-Sá Jr., 2001; OMS, 2002). Será que as variáveis sócio-familiares podem diferenciar os cuidadores quanto ao estado de saúde mental?

Os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam melhor saúde mental. Os cuidadores com melhor saúde mental possuem melhor apoio social (nota global). A maior parte dos estudos sobre os cuidadores informais assumem uma epistemologia compreensiva em oposição às posturas positivistas do cuidar. Baseados na literatura e nos seus estudos Neri e Sommerhalder (2002) descrevem que o cuidar

pode trazer benefícios nomeadamente *aumento de sentimento de orgulho; aumento da habilidade para enfrentar desafios; aumento do senso de controlo; crescimento pessoal; retribuição; gratidão; satisfação consigo mesmo e com os outros*. Deste modo a família ganha destaque ao ser indicada como a microestrutura de maior peso para compreensão de representações e práticas relativas ao processo de saúde, doença e cuidado (Leite & Vasconcelos 2006). Há assim que contribuir tanto para elevar a qualidade da assistência prestada à família como também para a valorização e reconhecimento da mesma. Clark, Dunbar, Shields, Viswanathan, Aycock e Wolf, (2004) identificaram no seu estudo que os cuidadores provenientes de famílias com taxas de funcionalidade fraca, revelaram piores níveis de saúde mental. Os nossos resultados também permitiram inferir que as variáveis psicossociais se revelaram determinantes do Funcionamento Mental dos Cuidadores Informais, sugerindo que os profissionais de saúde as devem incluir no planeamento das acções de saúde que lhe são dirigidas (André, Cunha e Rodrigues, 2009b).

De entre diversos estudos, há um que apresenta oito aspectos relacionados à sobrecarga e à doença mental, sendo os primeiros seis considerados objectivos, enquanto os dois últimos subjectivos. São eles: rotina familiar, relações familiares, relações sociais, lazer e profissão, finanças, e saúde, stress, incluindo, a esse último, sentimentos e emoções negativas geradas pela experiência, Shene (1990) cit.in Bocchi (2004). A que riscos está associada a sobrecarga do cuidador informal?

Quando aumenta a sobrecarga do cuidador nas subescalas “Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal”, “Satisfação com o Papel Familiar”, “Reacções a exigências” e na “Sobrecarga Emocional relativa ao Doente” piora a saúde mental. Nos cuidadores com menor sobrecarga nas subescalas, “Suporte Familiar”, “Sobrecarga Financeira” e na “Percepção dos Mecanismos de Eficácia e Controlo”, pontuaram com melhor saúde mental. Não pretendemos apresentar os cuidadores como vítimas da conjuntura, mas eles precisam de ser ouvidos, na sua verdade, na sua angústia e compreendê-los e acolhê-los, quando, muitas vezes, solicitam o internamento do idoso doente, não é por não amá-lo ou por fugirem da responsabilidade de, enquanto família, atender às necessidades dos seus familiares. Mas isso acontece porque não suportam mais a sobrecarga e aos poucos, se vai tornando insustentável, difícil e desgastante, o que ressalta a importância de lhes aliviar o sobre peso a vários níveis. Também, o *Suporte Familiar*, especificamente visitas frequentes por outros membros da família e a presença de um forte suporte social correspondem a baixos níveis de sobrecarga do cuidadores informais como referem os estudos realizados por Zarit, Reever e Bach; Dunkin e Anderson cit. in Parks e Novielli (2000).

Pode afigurar-se um grave e árduo quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional. O que se observa nos cuidadores informais que cuidam de idosos gravemente dependentes?

Os cuidadores informais que cuidam de idosos gravemente dependentes a que acresce a dependência cognitiva emocional são os que apresentam pior saúde mental. Os referenciais teóricos evidenciam alguns estudos em que cuidar do idoso com alterações cognitivas e com grande dependência funcional torna a situação ainda mais delicada para o cuidador o que causa sofrimento e sensação de impotência Clark, Dunbar, Aycok, Courtney e Wolf, (2006), Pierce, Steiner, Hicks e Holzaepfel, (2006), Almeida, (2005), White, Mayo, Hanley e Wood-Dauphinee, (2003), Kuroda, Kanda e Asai, (2003) e Van Den Heuvel et. al. (2001).

Sendo o acto de cuidar um contributo à humanidade em que dependentes e cuidadores coexistem em mútua relação (Rolim, Pagliuca & Cardoso 2005) é fundamental que a equipa de saúde esteja atenta às patologias do cuidar o (des) cuidado, sentimentos de (des) caso e (des) cuido consigo e com o idoso (André, Cunha-Nunes e Rodrigues, 2009). Sendo que a capacidade de uma sociedade apoiar os seus membros menos afortunados é a marca do seu desenvolvimento e o saber cuidar assenta em sentimentos éticos... para consigo e o outro. Nesta linha de pensamento defendemos o cuidado como um sistema autopoietico (André, Cunha e Rodrigues, 2011).

Realizada a discussão e como síntese final, entendemos que os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão dos factores que influenciam o estado de ânimo e a saúde mental dos cuidadores informais. Os resultados sustentam ainda que as variáveis *vulnerabilidade ao stress, implicações da vida pessoal do cuidador, reacções a exigências, nível socioeconómico e auto-eficácia* na amostra total, predizem o Estado de Ânimo (Depressão). As variáveis *reacções a exigências, autoconceito e sobrecarga financeira* são preditoras do Estado de Ânimo (Depressão), dos cuidadores informais com sintomatologia depressiva. As variáveis *vulnerabilidade ao stress, implicações na vida pessoal e neuroticismo* na amostra total, predizem a Saúde Mental dos cuidadores informais. Deste modo permitem sugerir que os profissionais de saúde devem incluir estas variáveis no planeamento das acções de saúde que lhe são dirigidas.

Queremos, também salientar que o nosso estudo contribuiu para uma melhor compreensão do conhecimento acerca do papel das famílias na prestação de cuidados aos idosos, bem como evidenciar a relevância da qualidade da formação e desempenho dos enfermeiros na área da saúde da família sustentadas pela evidência científica. Não esquecendo a importância dos fundamentos conceptuais dos modelos teóricos explicativos da família, da vivência dos processos de transição centrados no cuidar de

ambos.



## 8. CONCLUSÕES

O funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental) dos cuidadores informais de idosos dependentes pós acidente vascular cerebral pode ser afectado de várias formas, apresentando frequentemente alterações a nível psíquico, físico, familiar, económico e social. Sendo esta a temática do nosso estudo e no sentido de dar resposta às inquietações por nós sentidas e referidas no seu início através dos objectivos inicialmente delineados e considerando-os como essência mentora da presente investigação, ressaltam as seguintes conclusões:

- O perfil sócio-demográfico do “**cuidador informal**” estudado, indica um indivíduo do sexo feminino, com cerca de 50 anos, casada, com o grau de parentesco filho(a) ou genro/nora, sem actividade laboral, residente na zona rural e com um nível socioeconómico razoável.
- Possuem um razoável conhecimento acerca da informação clínica do seu familiar, participaram algumas vezes nos cuidados ao familiar, sentiram que foram escutados acerca dos seus medos/dúvidas/sentimentos apenas algumas vezes, sentem-se razoavelmente preparados para cuidar do seu familiar em casa e o apoio institucional que recebem com mais frequência é a visita domiciliária de enfermagem;
- Ao perfil sócio-familiar do cuidador informal, corresponde uma família com um apoio social médio e possuindo a maioria uma família altamente funcional;
- O perfil psicológico médio do cuidador informal, revela ser um cuidador em que as características da personalidade predominantes são o traço de neuroticismo, razoável autoconceito e vulnerável ao *stress*;
- O perfil sócio-demográfico dos “**idosos dependentes**” mostra um indivíduo do sexo masculino, com cerca de 75 anos, gravemente dependente sendo a dependência mais frequente a de ordem física.

Em termos médios o cuidador informal relata sofrer de grande sobrecarga nas vertentes financeiras, percepção dos mecanismos de eficácia e controlo e no suporte familiar. Por sua vez, os cuidadores apresentam menor sobrecarga nas reacções a exigências, na satisfação com o seu papel e com o familiar, e nas implicações na vida pessoal;

**Quanto ao Funcionamento Mental (Estado de Ânimo e Saúde Mental) do Cuidador Informal inferimos que:**

**Na amostra total:**

- Cuidadores informais com **portadores de sintomatologia depressiva** assumem as seguintes características:
- Sexo feminino; mais velhos; grau de parentesco de sobrinho; sem emprego; tomam medicação para dormir; pior nível socioeconómico; pior autoconceito; menor traço de neuroticismo; menor vulnerabilidade ao stress; maior sobrecarga nas subescalas *implicações na vida pessoal, satisfação com o papel familiar, reacções a exigências* e na *sobrecarga emocional*; idoso com maior grau de dependência; pior funcionalidade familiar; pior apoio social; menor informação clínica sobre o idoso sem participação nos cuidados ao idoso e sem preparação para o acto de cuidar.
- Cuidadores informais com **pior saúde mental**, apresentaram as seguintes características:
- Sexo feminino; mais velhos; separados (as), divorciados (as); pior autoconceito; maior traço de neuroticismo; maior extroversão; pior nível socioeconómico; sem emprego; tomam medicação para dormir; sem informação clínica sobre o idoso; sem preparação para o acto de cuidar; maior vulnerabilidade ao stress; pior funcionalidade familiar; pior apoio social; maior sobrecarga nas subescalas *implicações na vida pessoal; satisfação com o papel familiar; reacções a exigências; sobrecarga emocional*; maior grau de dependência cognitiva e emocional do idoso.

**Nos cuidadores deprimidos evidenciam-se os cuidadores:**

Sexo masculino; pior autoconceito; menor extroversão; maior vulnerabilidade ao stress; grau de parentesco de sobrinho; pior funcionalidade familiar; pior apoio social; aumento da sobrecarga nas subescalas *implicações na vida pessoal, satisfação com o papel familiar, reacções a exigências* e na *sobrecarga emocional*.

Os resultados desta investigação estão em consonância com os referenciais teóricos, evidenciando que as políticas de saúde pública devem oferecer uma rede de serviços de suporte às famílias de pessoas com perdas funcionais e dependência, primordiais para o apoio social do cuidador e consequentemente a melhoria da sua qualidade de vida e dos seus familiares. É importante que as Políticas Públicas Saudáveis possam constituir um inovador gradiente de cuidados desde a alta do hospital até ao domicílio do doente, garantindo a continuidade do seu tratamento, recuperação



funcional e reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e em casa, através de equipas de cuidados domiciliários dos Cuidados de Saúde Primários e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em articulação com as equipas de Segurança Social, aliviando a sobrecarga do cuidador informal, beneficiando desta forma a melhor saúde e qualidade de vida dos cuidadores informais.

Importa ainda referir que foram sentidas algumas dificuldades e limitações na realização deste estudo. Essas limitações metodológicas situam-se primordialmente em três áreas, nomeadamente: o desenho do estudo, as características da amostra e as características do material (instrumentos de medida).

Relativamente ao primeiro grupo de limitações, que se prendem com o desenho do estudo, considerámos importante a realização de uma investigação, que englobasse as diferentes alterações na pessoa e vida dos cuidadores, com grande impacto no funcionamento diário e saúde.

Este desenho de estudo, dar-nos-ia uma panorâmica mais real e clara da situação que analisámos, e as suas interdependências com o contexto psicológico (estado de ânimo e saúde mental). No entanto, as modificações associadas aos percursos temporais relativos à evolução da doença (AVC) do idoso e às alterações no domínio físico, psicológico e social dos cuidadores, tornam-se elas próprias, limitações à realização de um estudo com as características pretendidas.

Outro grupo de limitações diz respeito às características da amostra. A aplicação dos instrumentos de avaliação com a inclusão das palavras “estado de ânimo” e “saúde mental” é ainda questionável do ponto de vista da interdisciplinaridade objectiva da realização do cuidador como pessoa, em todas as suas dimensões, porque este atribui muitas vezes o seu acto de cuidar ao amor, ao desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância, ou à ausência de outras alternativas.

Também a não aleatoriedade da amostra, com diferentes distribuições relativamente à idade do doente e do cuidador, características da doença, tempo após o AVC e seu tratamento e heterogeneidade do nível sociocultural dos cuidadores, limitam a segurança na inferência dos resultados.

Tentámos obter uma amostra com um número adequado, para a realização de estudos de validação consistentes e ainda para dar resposta aos objectivos da investigação. No entanto, os compromissos relativos aos contextos profissionais e académicos, inviabilizaram que a colheita se prolongasse por mais tempo.

Outra dificuldade com que nos deparámos para a realização do presente estudo, foi o número limitado (ou mesmo ausência) de instrumentos de avaliação específicos para a mensuração das variáveis em análise, traduzidos para o idioma Português e adaptados culturalmente.

Uma das nossas pretensões, desde o início da conceptualização deste trabalho, foi desenvolver um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico. Daí que quando nos propusemos a estudar o estado de ânimo e saúde mental dos cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral, sabíamos que nos íamos deparar com algumas dificuldade para conseguir atingir resultados válidos e credíveis, num contexto científico, para uma extrapolação de amplitude social.

Neste sentido e para avaliar a generalidade das variáveis em estudo optámos por utilizarmos instrumentos de medidas de reconhecida fiabilidade, construídos ou, traduzidos e aferidos para a população portuguesa, embora alguns dos mesmos fossem gerais e não específicos para os cuidadores.

Para além disto, a decorrente demora no preenchimento dos instrumentos de medida, pela extensão, informação e compreensão necessárias, exigindo-nos frequentemente uma adequação de linguagem, implicava ter um olhar holístico para cada cuidador nas suas diversas dimensões de vida familiar, cultural e social.

Afigura-se-nos pertinente ainda revelar que a literatura científica relativa aos problemas dos cuidadores informais portugueses revelou-se escassa, pois a produção dos estudos realizados no nosso país com o objectivo de descrever a experiência do cuidador de um familiar que se encontra no domicílio familiar, é ainda rara. A enorme produção de estudos não portugueses neste domínio, traduz serem feitos de uma forma fragmentada nos diversos domínios de avaliação psicológica e física.

Independentemente das limitações descritas, consideramos que os resultados clarificam a problemática em estudo, como documentaremos em seguida:

### **Modelo Explicativo da Predição do Funcionamento Mental**

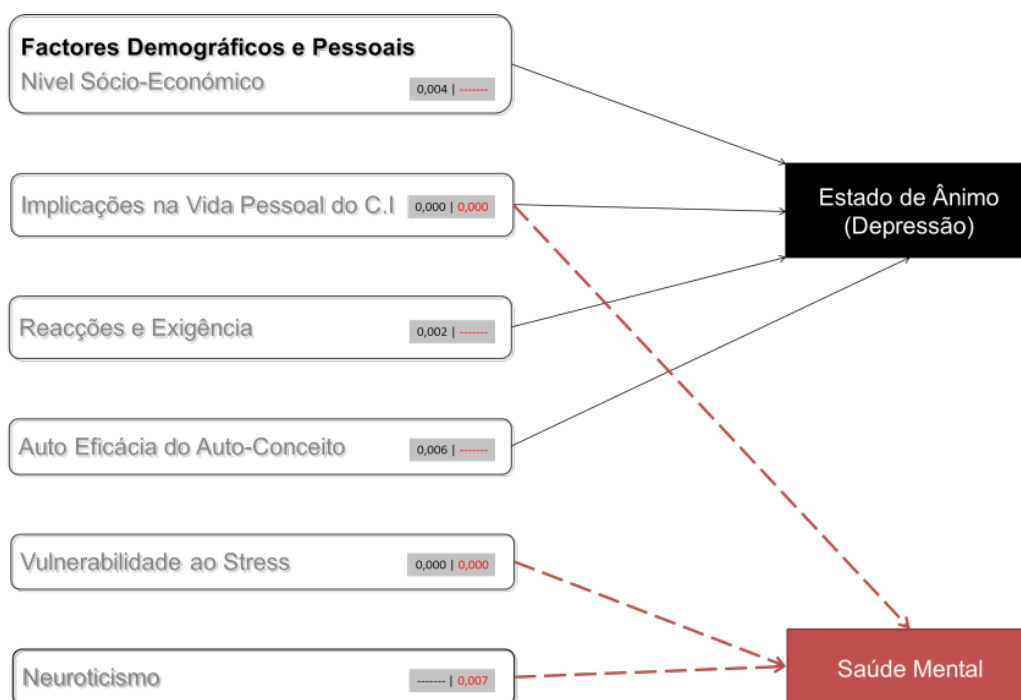
Tendo por base o Modelo proposto no capítulo da metodologia e cuja aplicabilidade pretendíamos testar, ensaiamos agora uma explicação dinâmica dos factores determinantes do funcionamento mental dos cuidadores.

Os resultados apoiam ainda que as variáveis vulnerabilidade ao stress, implicações da vida pessoal do cuidador, reacções a exigências, nível socioeconómico e auto-eficácia na amostra total, predizem o Estado de Ânimo (Depressão). As variáveis reacções a exigências, autoconceito e sobrecarga financeira predizem Estado de Ânimo (Depressão), dos cuidadores informais com sintomatologia depressiva. As variáveis vulnerabilidade ao stress, implicações na vida pessoal e neuroticismo na amostra total, predizem a Saúde Mental dos cuidadores informais, permitindo sugerir como já referido que os profissionais de saúde devem considerar estes resultados como forma de sustentar o planeamento das estratégias e intervenções de saúde que lhe são dirigidas.

Tendo em conta a iminente alteração de uma perspectiva de saúde, essencialmente assente no modelo biomédico, torna-se inevitável o desenvolvimento de uma postura com cariz mais holístico, em que o indivíduo é visualizado como um todo complexo, de múltiplas dimensões, que se reflectem na sua postura perante a saúde e a doença. Estes estados (saúde e doença) são visualizados como processos dinâmicos, em constante evolução, e que são explicados por uma multicausalidade de factores (biológicos, psicológicos e sócio-culturais). Por outro lado, a Pessoa é visualizada como um agente activo na sua situação de saúde e doença, sendo a avaliação desses estados realizada, com recurso às suas implicações para a qualidade de vida e bem-estar. Estas são as permissas fundamentais do modelo biopsicossocial (McIntyre, 2004). Nesta perspectiva, as alterações na saúde (em especial as que implicam uma inevitável ameaça ao bem-estar e à vida), requerem uma gestão global de todas as componentes nelas envolvidas, através de uma interdisciplinaridade entre as várias ciências da saúde, permitindo uma recuperação da saúde ou vivência “saúdável” com a doença (Santos, 2003).

Em posse destas premissas, e com base nos resultados obtidos neste estudo, foi-nos licitamente possível aceitar a predição do funcionamento mental dos cuidadores informais, pelos factores demográficos e pessoais, cujo esquema é apresentado na figura seguinte:

**Figura 7 -** Modelo Explicativo das Variáveis Predictoras do Estado de Ânimo (Depressão) e da Saúde Mental (amostra total) dos cuidadores informais



O modelo identifica assim uma predição entre as variáveis supracitadas e o Estado de Ânimo e a Saúde Mental. Apesar de claramente se terem identificado relações entre as variáveis em análise, o presente modelo necessita de maior clarificação, nomeadamente em estudos longitudinais, em que as variáveis aqui aportadas sejam analisadas em diferentes pontos do contínuo das vivências do cuidar e suas implicações, em geral e com o AVC em particular. Assim, anotaremos sugestões de intervenção em saúde e propostas de investigação.

Em posse do modelo específico explicativo do funcionamento mental dos cuidadores, cumpre agora reflectirmos sobre as suas implicações para a prática em saúde, apresentado algumas propostas de intervenção e de investigação, relacionadas com o problema em estudo que sustenta por um lado o desenvolvimento do conhecimento científico nesta área, e por outro lado as intervenções relativas às práticas de saúde.

### **Sugestões de Intervenção/Implicações em Saúde**

Em face dos resultados obtidos neste estudo, e tendo em conta a grande incidência de cuidadores informais no nosso País, torna-se imprescindível o desenvolvimento de intervenções específicas a este grupo de pessoas.

Os técnicos de saúde têm uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente no apoio à gestão de situações de *stress* geradoras de doença grave e ameaçadora, como é no delíquio do cuidador. Ensinar e ajudar as pessoas a viver com as incertezas e limitações que o seu papel como cuidadores lhes impõe, interferindo indirectamente sobre a sua percepção de bem-estar e qualidade de vida.

Nomeadamente no que se refere à atenção prestada à qualidade de vida, é nossa responsabilidade influenciar os processos de mudança, inerentes ao maior conhecimento do ser humano e da multiplicidade de factores que interferem com essas percepções.

Para isso torna-se imprescindível a implicação das organizações com responsabilidade, quer ao nível político, quer técnico, nos processos de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos cuidados de saúde prestados a estes grupos populacionais, quer a nível institucional, quer comunitário (em ambiente familiar, laboral, ou escolar). Porque os cuidadores/prestadores de cuidados informais são centrais no processo de reabilitação e nos resultados a longo-termo para os sobreviventes de AVC.

Paralelamente, as ciências da saúde têm desenvolvido o seu conhecimento na área específica da Geriatria e Gerontologia devido ao aumento da longevidade das populações constituindo, assim, também um desafio para a investigação, formação e educação nesta área, integrando as diferentes esferas de actuação numa perspectiva

multidisciplinar (saúde, social, familiar, psicológica e biológica). Em Portugal, o envelhecimento demográfico tem vindo a aproximar-se das sociedades ditas mais desenvolvidas, onde uma população envelhecida e com um peso importante de doenças crónicas crescem gradualmente, necessitando cada vez mais de cuidados e acompanhamento constantes, exigindo dos prestadores mais formação, de forma a satisfazer as crescentes necessidades sentidas pela população mais idosa. Os resultados deste estudo permitem assim clarificar e orientar as acções a implementar pelos profissionais de saúde, no apoio aos prestadores de cuidados portugueses com o objectivo fundamental de manter ou melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Concretamente, este estudo despertou a atenção sobre a importância das variáveis psicossociais e suas implicações na saúde e na vida do quotidiano dos cuidadores.

As áreas de intervenção de cariz prático, que aqui propomos, devem ser implementadas aos grupos populacionais a que se dirigem, a começar nas instituições hospitalares e no domicílio. Para o planeamento destas intervenções, temos de acreditar que os doentes e seus familiares são participantes activos nos cuidados de saúde. Devemos ainda ter em conta que a tendência actual para uma diminuição do tempo de estadia em ambiente hospitalar, implica um aumento de informação e preparação para a vivência individual e familiar responsável, com a doença.

O acompanhamento profissional periódico (através de unidades de internamento e de ambulatório, e de equipas domiciliárias), torna-se assim de primordial importância, no sentido de consecução dos objectivos primordiais para a promoção da continuidade dos Cuidados de Saúde e Apoio Social promovida em parceria pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e por um número indeterminado de prestadores de cuidados de Saúde e Apoio Social. Estas intervenções devem ser realizadas com uma atenção especial aos cuidadores com menor nível de escolaridade, carentes de recursos socioeconómicos e ou de suporte social, deprimidos e com pior saúde mental. Estes factores são determinantes para contextualizar o mundo em que vive o cuidador para melhor perceber a sua natureza e o seu comportamento.

Nesta conjuntura, considerámos que os profissionais de saúde devem empenhar-se em avaliar o funcionamento mental do cuidador (estado de ânimo, com despiste do aparecimento da depressão), intervindo de acordo com essa avaliação, pois as evidências investigativas encontradas no presente estudo, mostram que estas variáveis vão influenciar o bem-estar do prestador.

As intervenções em saúde devem assim ser orientadas no sentido de prestar atenção, compreender, ensinar, apoiar e encaminhar o prestador de cuidados e seus significativos. Deve ser incentivado e ajudado a reavaliar a situação vivenciada, alterando

as expectativas e convicções negativas sobre o seu curso. O sentimento de controlo pessoal e crença na ajuda possível deve ser desenvolvido ou intensificado, e as atribuições causais erróneas desmistificadas, estimulando a procura de outras causas mais passíveis de controlo.

Deve-se valorizar as perspectivas dos cuidadores, para ajustamento/adequação das respostas formais (Guerra, Mendes, Figueiredo & Sousa, 2009). O meio social e a família como célula da sociedade afiguram-se como um espaço de criatividade e de auto-construção, tornando possível que o cuidador arquitecte, incorpore e assuma uma postura mais positiva mesmo perante acontecimentos de vida mais negativos. Estes cuidadores, pelo facto de encontrarem novas estratégias de normalização, além de se sentirem bem consigo próprios assumem comportamentos com uma dimensão altruísta, de sacrifício e de dedicação. Esta é uma posição projectiva e sem sombra de dúvida, a posição ideal, autopoiética, pois é a única capaz de gerar um clima de satisfação, bem-estar e auto-crescimento mesmo quando há confronto com a dificuldade de situação de doença e incapacidade (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007). Ressaltando a interacção entre o cuidador e o alvo dos seus cuidados para que possa evoluir do caos até à auto-organização, através da desordem construir a ordem numa situação tão complexa como é a de doença e a do cuidar.

As intervenções em saúde deverão incluir o apoio e orientação dos cuidadores para solidificarem e manterem as crenças mais favoráveis à sua percepção de saúde mental, favorecendo o conhecimento sobre a doença do familiar e nomeadamente sobre as possibilidades de ajuda (pessoal e comunitário). Por outro lado, deverão ser apoiados na sua reavaliação e reestruturação cognitiva, sempre que estas se mostram desfavoráveis à sua vivência emocional com o idoso dependente.

A intervenção em saúde passa ainda pela ajuda ao cuidador na revisão de valores, crenças na pesquisa de estratégias e habilidades potenciais que possam ser adicionadas a esta "nova situação" temporária ou definitiva, a qual terá que ser vivenciada.

A informação realista sobre as possibilidades actuais de apoio social e vivência "saudável" com uma doença crónica, podem ajudar a melhorar o seu confronto, minimizando o processo de crise e as suas consequências nefastas, pois o cuidador só se expressa por intermédio da figura do doente.

Torna-se ainda primordial promover os sentimentos de autocontrolo sobre a alteração dinâmica familiar e suas consequências, bem como as crenças na eficácia da ajuda. O desenvolvimento de estratégias que determinem uma sensação de controlo da situação vivenciada, pode favorecer um sentimento de auto-eficácia com promoção do autoconceito e uma maior confiança no futuro.

É também nossa convicção de que a informação prestada aos cuidadores sobre a assistência ao idoso dependente, embora gradual e adaptada às características individuais e familiares, permite a elaboração de processos cognitivos, que estão envolvidos no controlo do perigo associado a situações stressantes, bem como das emoções envolvidas. As descrições concretas e objectivas dos acontecimentos eminentes e stressantes, permitem que as pessoas tomem decisões sobre a forma como irão “lidar” com esses acontecimentos, avaliando simultaneamente a sua eficácia sobre objectivos pessoais.

A função do cuidador alcança significados específicos que, dentro de um contexto histórico, familiar, social, político, económico e cultural, precisa ser observado e desvendado, tendo presente as características pessoais do cuidador e da pessoa alvo dos seus cuidados.

Outro objectivo das intervenções em saúde que nos parecem primordiais, incluem o incentivo à comunicação familiar efectiva, nomeadamente a discussão sobre a situação presente e suas implicações com outros membros da família, assegurando um ambiente de confiança mútua, e desenvolvendo um sentimento de disponibilidade para o apoio nas situações mais penosas e de maior envolvimento emocional.

Deve ainda ser incentivado o desenvolvimento e a vivência das relações de amizade, e actividades sociais. Também a partilha com grupos de apoio pode ser benéfico no controlo emocional e sensação de bem-estar, em determinados familiares.

A participação do cuidador em associações onde haja a troca de experiências com outros familiares com as mesmas dificuldades assume-se como um meio para superar os obstáculos vivenciados.

As actividades externas e a procura de apoio social devem também ser incentivadas. Uma intervenção adequada deverá transformar as ameaças em desafios, para que os cuidadores possam usufruir um clima de satisfação no ambiente familiar. Precisam também do aporte dos profissionais a fim de que possam dispensar o cuidado e assegurar a si próprios, satisfatória Qualidade de Vida (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

Por isso o interesse pelo repouso é um ponto considerado importante para o cuidador. Neste caso, é importante a equipa de saúde enfatizar "o descanso do cuidador" que envolve internamentos curtos que permitem retirar temporariamente o idoso de casa e dar a quem cuida algum tempo para ganhar um novo fôlego.

Pode-se inferir, que o envelhecimento com dependência grave e a figura do cuidador estão a obrigar a novas formas de ajuda e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde.

Desta forma ajudar os cuidadores informais a entender a complexidade da vida e saber lidar com ela constitui-se na intenção de uma reposta de coping, geralmente orientada para a redução do *stress*.

Nesta linha de entendimento a família constitui um dos principais pilares da vida psíquica dos cuidadores informais.

Apesar de ambiciosas, algumas destas intervenções foram já tentadas, em outros países e em Portugal, com resultados promissores, embora ainda sem uma avaliação consistente dos resultados. Todavia não basta proporcionar formação contínua aos Cuidadores Informais, é preciso assegurar-lhes orientação e apoios contínuos, seja no serviço hospitalar, seja no domicílio (Born, 2006).

É ainda pertinente lembrar a necessidade gregária de todo o ser humano, de se sentir amparado por alguém, e quem cuida também tem essa necessidade. Por fazer-se presente no domicílio, a enfermagem deve avaliar a dinâmica familiar, com uma atitude de respeito e de valorização das características peculiares de cada família, procurando reconhecer e acompanhar o membro responsável pelo cuidado. Estando ciente de que a saúde não é um estado, mas um processo multidimensional que envolve sistemas biológicos, sociais, culturais e ambientais (Machado, Freitas & Jorge, 2007).

Finalmente é necessário que o técnico de saúde avalie a eficácia das suas intervenções, tendo em conta a percepção de bem-estar e qualidade de vida do cuidador informal. Essa avaliação servirá de ponto de partida para a reformação de objectivos e selecção de novas estratégias de intervenção.

Estamos cientes de que nesta investigação, não foram estudados factores importantes, como por exemplo a qualidade de vida, a resiliência psicológica, os mecanismos de coping destes cuidadores, bem como optar por um grupo de controlo por limitações de tempo, de recursos e de subjectividade (no caso do coping), pelo que sugerimos a sua abordagem em futuras investigações e aludiremos:

### **PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO**

Na mesma linha de actualização sobre o conhecimento humano e o seu posicionamento perante a saúde/doença, e tendo como finalidade uma melhoria no bem-estar e qualidade de vida geral, parece-nos relevante intervir ao nível da mudança dos profissionais, que têm responsabilidade em apoiar as pessoas durante esse “percurso de cuidar”, de uma forma concreta e sábia.

Propomo-nos assim, e recorrendo também ao método investigacional, intervir nessa mudança. As nossas propostas de investigação encaminham-se em duas frentes: por um lado pretendem melhorar o conhecimento sobre o cuidado e variáveis intervenientes, nos processos de percepção do funcionamento mental, coping e



qualidade de vida; por outro lado pretendem conhecer a eficácia das intervenções em saúde, interferindo, com vista à melhoria da qualidade de vida e bem-estar na vivência pessoal e familiar com a doença crónica.

A investigação no domínio da fenomenologia do cuidar é uma das áreas a desenvolver em Portugal. Neste contexto, conhecer a realidade de tão complexo fenómeno humano, como a vivência de superar algo contraditório do quotidiano, e consequente doença crónica e suas múltiplas implicações na qualidade de vida torna imperiosa a necessidade de continuar a investigação.

Assim, e tendo em conta que o presente estudo foi desenvolvido segundo um corte transversal e sendo esta característica sentida como uma limitação para extrapolar resultados para a população de cuidadores informais, propomos o desenvolvimento do conhecimento obtido através de investigações de cariz interventivo que apresentamos em seguida.

Os resultados do presente estudo e suas interferências teóricas, permitem-nos o reconhecimento fundamentado da necessidade de alterar a postura actual perante o cuidar do humano como projecto existencial nas suas relações interpessoais, baseando as intervenções no modelo biopsicossocial e em que a ajuda a implantar para reduzir/eliminar a sobrecarga do cuidador nas suas dimensões, tenha uma ênfase equivalente à triagem de uma investigação cognitivo/emocional. Estas intervenções, em equipa multidisciplinar, terão como objectivo fundamental, a adequação da sua atitude perante o cuidado informal, tendo em conta as suas representações e a forma como é gerido pelos intervenientes directos nessas vivências (as pessoas com doença crónica e os seus familiares próximos), pois os técnicos de saúde têm um papel importante no acompanhamento e apoio ao doente pós acidente vascular cerebral e familiares submetidos a estas doenças *stressantes*.

Tendo por base os resultados obtidos seria importante conhecer o efeito de um grupo de investigações, realizadas em momentos específicos do percurso da doença. Para tal, julgamos importante o desenvolvimento de um estudo com desenho quasi-experimental, em que seja analisada a eficácia de um programa de acção com um conjunto de intervenções em saúde sobre a sobrecarga nas suas várias dimensões, o *stress* e o estado de humor (variáveis independentes), tomando a sua percepção de qualidade de vida como medida de referência no processo de adaptação ao cuidado (variável dependente). Sabemos, de antemão, que nas ciências humanas e nas ciências da saúde, que os factos são multideterminados, sendo impossível determinar uma única causa e o seu consequente efeito. No entanto, procuraremos conhecer através desse estudo a eficácia de um grupo de intervenções concretas, numa amostra específica e

quais as componentes desse grupo que se mostrarão mais associadas aos resultados benéficos obtidos e ainda comparar a eficácia de diferentes intervenções.

Por outro lado, e tendo em conta a dificuldade muitas vezes manifestada pelos profissionais de saúde na abordagem das problemáticas com cariz cognitivo/emocional, sugerimos ainda a importância de serem testadas diferentes formas de resolução de problemas relativos às vivências dos cuidadores e ainda às respostas concretas a dar pelos enfermeiros, nomeadamente através de estudos que se situem no quadro do paradigma da investigação-acção.

De acordo com Almeida e Freire (2008) esta metodologia tem, na sua aplicação, alguns princípios de índole prática a atingir, integrando-se num programa de mudança onde o saber (novo conhecimento) e a própria mudança, se constroem em paralelo. Caracteriza-se ainda por uma atitude contínua de fases de planificação, acção, observação e reflexão, ponderando o feedback entre elas. Esta metodologia requer ainda o envolvimento de outros intervenientes (para além do investigador), nomeadamente as instituições e a comunidade (Almeida & Freire, 2008). De acordo com Silva (2001), este processo de investigação está indicado quando se pretende diagnosticar e encontrar problemas para o real, para os problemas práticos no campo da acção social.

Neste contexto, os profissionais de saúde beneficiarão com a sua participação em estudos que visem minimizar os seus problemas relacionados com a abordagem de contextos particulares de saúde, interferindo em simultâneo na qualidade dos cuidados que prestam.

Foram apresentadas algumas propostas de investigação, entre elas a continuação do presente estudo; a implementação e avaliação da eficácia de um conjunto de intervenções em saúde e a intervenção com implicação dos profissionais de saúde, na alteração da prática tradicional de cuidados, com vista a uma alteridade no cuidado à pessoa, sem esquecer a sua circunstância.

Em suma, chegado o momento de concluir o nosso trabalho, afigura-se-nos a necessária realização de uma síntese final que integre os conhecimentos que sobre os cuidadores informais fomos acumulando. Mais do que o resumo dos anteriores capítulos ou de uma simples conclusão parece-nos pertinente evidenciarmos alguns aspectos mais relevantes sobre o caminho que atravessámos, desde a formulação da questão principal de investigação até este ponto de análise.

O envelhecimento da população é uma questão de relevante importância na saúde pública, tendo como consequência um aumento dos casos de doença crónica inerentes à idade, ocupando o acidente vascular cerebral lugar de destaque deste paradigma. Estes doentes vivem, em sua grande maioria, no domicílio carecendo de ajuda para a execução de várias actividades da vida diária e como consequência a

necessidade da presença de um cuidador. Este cuidador é, comumente, um familiar próximo, e mais raramente um vizinho ou amigo. O AVC tem sequelas relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras ou cognitivas, a par de manifestações emocionais, e consequências sociais. É geralmente também considerada uma doença da família no sentido em que este tipo de doenças impõe alterações substanciais no seu funcionamento como já referenciado por Ribeiro (2006). A vida do cuidador passa a ser influenciada tanto pelos aspectos motores, cognitivos e comportamentais da doença levando o mesmo a enfrentar diversas dificuldades.

A baixa percentagem da visita domiciliária de enfermagem observada na nossa amostra é paradoxal a este recente paradigma de cuidados continuados integrados. De forma similar, verificamos que outro tipo de apoio institucional ainda é reduzido. Nesta perspectiva torna-se urgente que as instituições promotoras de saúde ponham em prática e em pleno os objectivos já delineados no sentido de responder às necessidades da população idosa. Em nossa opinião, esta é uma regra básica que deve estar subjacente a todas as políticas institucionais de saúde.

Deste modo a adesão a uma vigilância de saúde, tratamento atempado e apoio, é hoje considerado primordial em saúde, especialmente no âmbito da promoção da saúde e para a manutenção/promoção da qualidade de vida quer dos doentes quer da dos seus cuidadores.

Em síntese, dentro do contexto histórico, social, político, económico e cultural actual é imprescindível valorizar o papel do cuidador informal, como pilar fundamental para a qualidade de vida dos idosos vítimas de AVC.

O sistema de investigação, sobretudo o que decorre no contexto das ciências da saúde é um mundo interminável de questões, das quais apenas conseguimos responder a uma pequena parte. Se as observarmos como um repto, abdicando da presunção de lhes responder exaustivamente, depressa nos seduzimos com tão encantador mundo. Como investigadores, sentimo-nos participantes activos na procura do saber, não obstante sermos também objecto de estudo. Ao produzirmos as conclusões desta tese fazemo-las com a persuasão de que mais do que um, terminus, contribuirão sobretudo para um melhor esclarecimento sobre os factores associados ao cuidar e cuidado informal da doença cardiovascular e suas implicações, orientando para a importância e credibilização das intervenções em saúde de nível psicossocial, até ao momento algo minimizadas, em favor de outros procedimentos clínicos.

E porque a nossa experiência do quotidiano como familiares e profissionais, nos diz que muito há a fazer pelos cuidadores informais e é nosso direito, mas também nosso dever, saber mais e melhor para que os cuidadores possam dispensar o cuidado adequado e assegurar a si próprios, uma saúde mental que lhes permita lidar de forma

positiva com as adversidades. Embora não tivesse sido possível confirmar a relevância de todas as variáveis psicossociais na predição do Estado de Ânimo e Saúde Mental, preconizada pelo modelo, todavia o estudo evidenciou variáveis relevantes, que afectam o ajustamento psicossocial do cuidador informal.

Vilela et.al. (2006) apontam motivos atribuídos pelos cuidadores em assumir a responsabilidade pelo idoso, destacando-se: “dignificação como pessoa”, “obrigação moral ou prática dos princípios religiosos”, “reconhecimento do próprio idoso com manifestação de gratidão”, “reconhecimento da família e da comunidade”, e também como sendo a “única opção”. Ou ainda o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas, na maioria das vezes, por força das circunstâncias; as dificuldades financeiras como em caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca do sustento (Alvarez & Gonçalves, 2001).

Daí que é necessário conhecer as características, necessidades e expectativas da família, para prestar um acompanhamento mais direccionado à realidade de cada família.

Camargo (2010) com a sua investigação possibilitou confirmar, com base na revisão de literatura, a árdua e extenuante tarefa do cuidador, com sobrecarga de actividades no quotidiano que o leva, em muitas circunstâncias, ao estado de esgotamento emocional, isolamento social e situações de intensos conflitos, além da complexidade vivenciada no domicílio, com o idoso dependente e o contexto social onde estão inseridos. Também deixa evidente que os idosos dependentes e sem autonomia ainda fazem parte de uma face oculta da sociedade, porque, em muitos casos, são mantidos exclusivamente no âmbito familiar.

Tendo em conta estas evidências, tivemos a preocupação de adaptar as orientações a cada tipo de cuidador e idoso. Tentando ainda clarificar os recursos já existentes na região. Arriscamos dizer que a nossa presença estimulou verbalização das angústias dos cuidadores, que não tinham por hábito falar destas preocupações. Diremos também que ao ajudar, o fizemos com humildade de quem está apenas a contribuir para uma melhor qualidade de vida dos cuidadores.

Apesar das limitações sentidas no desenvolvimento deste estudo, pensamos ter atingido os objectivos inicialmente propostos, e como consideração final, dizemos que para além das imperfeições e contributos positivos contidos neste trabalho, ficam as nossas aprendizagens e o esforço de ter procurado investigar sobre o *“Estado de Ânimo e Saúde Mental dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes Pós-Acidente Vascular Cerebral”*.

Do conhecimento produzido salientam-se, em síntese, as seguintes dimensões:

#### **Conhecimento Confirmatório**

De acordo com os resultados obtidos ao nível da caracterização dos factores demográficos e pessoais, ambiente social/familiar e relacionados com a doença e transição dos cuidadores informais, podemos constatar que o nosso estudo está de acordo com outros estudos realizados neste domínio: Cardoso, Vieira, Ricci e Mazza, (2012); Silva, (2011); Melo, Maroco e Mendonça, (2011); Pereira, (2011); Araújo, (2010); França, (2010); Andrade, Costa, Caetano, Soares e Beserra, (2009); Barbosa (2009); Fernandes, (2009); Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez, (2009); Ricarte, (2009); Garcia, (2009); Araújo, Paúl e Martins (2008); Fonseca e Penna, (2008); Almeida, Dantas, Costa e Moreira, (2007); Bock e Nascimento (2007); Marques, (2007); Grasel, Schmidt, Bichler e Schupp, (2006); King e Semik, (2006); Grant Elliot, Weaver, Glandon, Raper e Giger (2006); Martins, (2007); Pierce, Steiner, Hicks e Holzaepfel, (2007); Clark, Dunbar, Aycock, Courtney e Wolf, (2006); César e Santos, (2005); Euzébio, (2005); Giacomini, Uchoa e Lima-Costa, (2005); Almeida, (2005); Marques, (2005); Martins (2005); Bocchi, (2004); Cattani e Perlini, (2004); Martins, Ribeiro e Garret, (2004); Kalra, Evans, Perez, Melbourne, Patel, Knapp *et al* (2004); Pierce, Gordon e Steiner, (2004); Grant, Glandon, Elliot, Giger e Weaver (2004); Sit, Wong, Clinton, Li e Fong (2004); Clark, Dunbar, Shields, Viswanathan, Aycock e Wolf, (2004); Laham, (2003); Caldas (2003); Karsch (2003); Kuroda, Kanda e Asai, (2003);

Martins, Ribeiro e Garret, (2003); Bhogal, Teasell, Foley e Speechley (2003); White, Mayo, Hanley e Wood-Dauphinee, (2003); Simões (2002); Tang e Chen (2002); Ethgen, Van Parisjs, Neri e Sommerhald, (2002); Delhalle, Rosana, Bruyere e Reginster (2001); Van Den Heuvel, White, Stewart, Schure, Sanderman e Meyboom (2001); Zarit, Reeve e Bach; Dunkin e Anderson cit. in Parks e Novielli (2000).

### **Novo conhecimento**

Os resultados apoiaram que as variáveis vulnerabilidade ao stress, implicações da vida pessoal do cuidador, reacções a exigências, nível socioeconómico e auto-eficácia na amostra total, predizem o estado de ânimo (depressão). Por sua vez, as variáveis reacções a exigências, autoconceito e sobrecarga financeira predizem o estado de ânimo (depressão), dos cuidadores informais com sintomatologia depressiva.

Por outro lado, as variáveis vulnerabilidade ao stress, implicações na vida pessoal e neuroticismo na amostra total, predizem a Saúde Mental dos cuidadores informais.

Deste modo, reconhece-se o conhecimento do estudo com carácter essencialmente factual na medida em que suporta na avaliação dos cuidadores informais, enquanto objecto das práticas dos enfermeiros “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”, (Regulamento nº129/2011).

Com as inferências produzidas percebe-se a importância e responsabilidade de educar e informar os estudantes de enfermagem para cuidar da família como uma unidade de cuidados, identificando os recursos de coping da família para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição num cuidar de um familiar idoso dependente no paradigma actual defensor da desinstitucionalização.

Com estes resultados queremos salientar como é importante o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro de família, fundamentado no cuidado transicional contribuindo assim para um melhor funcionamento mental nesta etapa transicional da vida dos cuidadores. Colocando deste modo o familiar cuidador numa posição única, ser parceiro e ser alvo de cuidados, (Harding & Higginson, 2003; Kristjanson & Aoun, 2004; Dumont et.al. 2006).

Em síntese, cabe ao enfermeiro dar apoio ao cuidador em transição, auxiliando-o ao proteger e manter a sua saúde nesta etapa tão vulnerável. O trabalho das equipas de saúde familiar precisam conhecer o perfil dos cuidadores envolvidos nestas circunstâncias para avaliar o cuidado prestado e o apoio necessário.

A nosso ver, a constatação das variáveis independentes que estabeleceram relação significativa com o funcionamento mental (estado de ânimo e saúde mental) dos cuidadores, leva-nos a reconhecer que nos nossos dias, a importância deste novo paradigma *cuidar de quem cuida* é essencial para o bem-estar geral das pessoas saudáveis e doentes, das comunidades e dos países, e que deve ser ecumenicamente observado sob uma nova abordagem devido ao aumento expressivo da população idosa, com contingente de idosos com défice de autocuidado, transportando uma situação complexa. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Marin e Angerami (2002), Nakatani, Souto, Paulette, Melo e Sousa (2003), Marques (2005), Costa (2009) e Rodrigues (2011) ao mostrarem que alterações físicas, psíquicas, familiares e sociais são aspectos acoplados aos cuidadores.

Em suma, prestar atenção às necessidades psicológicas do cuidador implica atender à prática de cuidados no domicílio bem como às políticas governamentais que deverão providenciar uma melhor educação, apoio, e serviços aos cuidadores familiares.

É também importante proceder à reforma dos programas dos cursos de enfermagem e incluir nos currícula escolares a problemática da vivência dos cuidadores informais, designadamente as implicações biopsicossociais a que ficam sujeitos.

### LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, E. P., & Ramos, S. I. V. (2007, Setembro 23). O regresso a casa do doente vertebro-medular: O papel do cuidador informal. Acesso em Setembro 07, 2009, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0366.pdf>
- Abreu, W. C. (2008). Transições e contextos multiculturais - Contributos para anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau.
- Adams, C. (2003). Quality of life for caregivers and stroke survivors in the immediate discharge period. *Applied Nursing Research*, 16(2), 126-130.
- Alarcão, M. (2002). Prefácio. In M. M. F. P. S. Martins, Uma crise acidental na família: O doente com avc. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, M. (2006). (Des) equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. Quarteto: Coimbra.
- Albuquerque, C. (2002). Perturbações da personalidade. *Revista Sinais Vitais*, 41, 33-37.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. A. R. P., Dantas, M. D. F., Costa, S. M. L., & Moreira, K. L. A. F. (2007). Análise da sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores de pacientes portadores de sequelas de AVE. *Livro de memórias do IV Congresso Científico Norte-Nordeste*, Fortaleza, 40-46.
- Almeida, R. N. (2006). *Psicofarmacologia: Fundamentos práticos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Almeida, T. L. (2005). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007a). Recomendações clínicas para o enfarte do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Lisboa: Ministério da Saúde. Acesso em Abril 03, 2008, em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/09/recomendacoesclinicas.pdf>
- Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007b). Documento orientador sobre vias verdes de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e do acidente vascular cerebral (AVC). Lisboa: Ministério da Saúde. Acesso em Abril 03, 2008, em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/07/redesreferenciacaocardiovascular?r=13>

- Alvarez, A. M., & Gonçalves, L. H. T. (2001). Tendo que cuidar: A vivência do idoso e da família cuidadora em contexto domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 10(2), 205-207.
- Alves, C. M. P. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Andrade, F.M.M. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. Minho. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Portugal.
- Andrade, L. M., Costa, M. F. M., Caetano, J. A., Soares, E., & Beserra, E. P. (2009). A problemática do cuidador familiar de portador de AVC. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1).
- André, S. M. F. S., Rodrigues, V., Cunha, M., Silva, E., Bica, I., & Silva, D. (2009). Pesquisa e estratégias de desenvolvimento: cuidar o cuidador, uma questão de direito, cidadania e desenvolvimento. In *XIX Encontro da Associação das Universidades de Língua Portuguesa* (pp.183-185). Luanda: Associação das Universidades de Língua Portuguesa. ISBN 978-989-8271-01-3.
- André, S. M. S., Cunha, M., & Rodrigues, V. M. C. P. (2011). Autopoiese e o cuidado: cuidadores informais. *Millenium*, 41, 145-148. ISSN 1647-662X.
- André, S., Cunha-Nunes, M., & Rodrigues, V. (2009) – Vulnerabilidade ao stress nos cuidadores informais. *Revista Referência*, II Série, 5, Suplemento, 268. ISBN/ISSN0874.0283.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2009 a). Informal carer's strain. *Psychology & Health*, 24, Supplement 1, 80. ISBN0887-0446.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2009b). Funcionamento mental dos cuidadores informais. In *IV Encontro de Investigação e II Jornadas de Saúde Materno-Infantil. Investigação em Saúde. Contributos* (pp. 524-537). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. ISBN 978-972-97739-5-2
- André, S., Rodrigues, V., Cunha-Nunes, M., & Bica, I. (2010). Apoio social nos cuidadores informais [CD-rom]. In *V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade* (pp.191-192). Viseu: Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural. ISBN 978-989-8170-13-2.
- Angelo, M., Bocchi S. C. M. (2008). Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componentes da qualidade de vida do binómio cuidador familiar-pessoa dependente.



*Revista Latino Americana de Enfermagem*, Jan-Fev, 16(1), 15-23. Acesso em Maio 20 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/02.pdf>.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados que sofreram AVC. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.

Araújo, I. M. B. (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Araújo, I. M., Paúl, C., & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade: Um desafio. *Revista Referência*, 2(7), 43-53.

Araújo, M. N. R., Sampaio, L.C., Carneiro, M. L. M., & Sena, R. R. (2000). Saúde da família: Cuidado no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Edição especial], 53, 117-122.

Azeredo, Z. (2003). O doente com acidente vascular cerebral (AVC) e o prestador de cuidados. *Geriatrics*, 15(154), 27-30.

Azeredo, Z., & Matos, E. (1989). Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics*, 2, 2(20), 24-29.

Bakas, T., Austin, J. K., Jessup, S. L., Williams, L. S. & Oberst, M. T. (2004). Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(2), 95-106.

Bakas, T., Austin, J. K., Okonwo, K. F. Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, Oct; 34(5), 242-251.

Balsan, R. (2007, Maio-Junio). Los problemas del mundo actual: Soluciones y alternativas desde geografia y las ciencias sociales. Comunicação apresentada no *IX Colóquio Internacional de Geocrítica*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Baptista, M. N. (2004). Depressão: histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. In M. N. Baptista, *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Baptista, M. N., Borges, A., & Biagi, T. A. T. (2004). Pesquisa de Suicídios no Brasil. In M. N. Baptista, *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Barbieri, F. M. C (2002). A cada Família o seu Enfermeiro: Comentário do enfermeiro. In *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, 137-141.

Barbieri, M.C., Martins, M. M., Figueiredo, M. H., Martinho, M.J, Andrade, L. M., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I. et al. (2009). *Da investigação à prática de enfermagem de família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Linha de investigação de enfermagem de família. Acesso em Maio 20 em [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem\\_de\\_familia.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem_de_familia.pdf).

Barbosa, A. L. B. (2009). Cuidado informal no fim da vida : Stress e coping em cuidadores primários e secundários. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal.

Barreto, J. (2001). Prefácio. In L. Brito, A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto.

Basto, M. L. (2012). Qual o Objecto de Estudo das Teses de Doutoramento em Enfermagem das Universidades Portuguesas? Uma Análise dos Resumos. *Pensar Enfermagem* 16(1), 2 – 25. Acesso em Maio 13, 2013, em [pensarenfermagem.esel](http://pensarenfermagem.esel).

Belciug, M. P. (2006). Concerns and anticipated challenges of family caregivers following participation in the neuropsychological feedback of stroke patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(1), 77-80.

Bello, J. L. P. (2005). Metodologia da pesquisa: O projecto da pesquisa. Acesso em Outubro 13, 2008, em <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/sobre.php>

Berg, A., Palomaki, H., Lonnqvist, J., Lehtihalmes, M., & Kaste, M. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, 36(3), 639-43.

Bhogal, S. K., Teasell, R. W., Foley, N. C., & Speechley, M. R. (2003). Community reintegration after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(2), 107-29.

Bidarra, A. P. (2010) - Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.

Bjorkdahl, A., Nilsson, A. L., & Sunnerhagen, K. S. (2007). Can rehabilitation in the home setting reduce the burden of care for the next-of-kin of stroke victims? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 27-32.

Blake, H., & Lincoln, N. B. (2000). Factors associated with strain in co-resident spouses of patients following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 307-314.

Bocchi, S. C. M. (2001). Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: Vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir a ser um cuidador familiar de uma pessoa com AVC. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

- Bocchi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral: Uma análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 115-121.
- Bock, L. F. , & Nascimento, C. R. B. (2007). Educação em saúde e família: Orientação para o cuidado domiciliar ao paciente, vítima de um acidente vascular cerebral. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA)*, 27(Suppl. 1), 48.
- Bodstein, R., Zancan, L., Ramos, C. L., & Marcondes, W. B. (2004). Avaliação da implementação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: Impasses na formulação de uma agenda local. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 593-604.
- Bolcei, S. C. M., & Ângelo, M. (2005). Interação cuidador familiar pessoa com AVC: Autonomia compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 729-738.
- Born, T. (2006, Novembro). A formação de cuidadores: Acompanhamento e avaliação. *Seminário Velhice Fragilizada*. São Paulo: SESCSP. Acesso em Dezembro 2, 2009, em [http://\\_www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf](http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf)
- Borges, M. (2009). O Brasil não está cuidando de quem cuida. Acesso em Janeiro 6, 2013, em [www.cuidardeidosos.com.br/o-brasil-nao-esta-cuidando-de-quem-cuida](http://www.cuidardeidosos.com.br/o-brasil-nao-esta-cuidando-de-quem-cuida)
- Brashler, R. (2006). Ethics, family caregivers, and stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(4), 11-17.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). O AVC é uma das maiores causas de morte e sequelas neurológicas do mundo. Acesso em Maio 11, 2007, em <http://www.planserv.ba.gov.br/noticias.asp>.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Protocolo de atenção à saúde do idoso: Envelhecimento saudável em Florianópolis. Acesso em Junho 13, 2009, em [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_do\\_idoso.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idoso.pdf)
- Brereton, L., & Nolan, M. (2000). You do know he's had a stroke, don't you?: Preparation for family care-giving: The neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 498-506.
- Brereton, L., & Nolan, M. (2002). Seeking: A key activity for new family carers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 22-31.
- Brêtas, A. C. P., & Yoshitome, A. Y. (2005). Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 111-113). São Paulo, Atheneu.

- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making Sense of Life's Changes*. Cambridge M A: Capo Press.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Brody, E. M. (2004). *Women in the middle: their parent care years*. New York: Springer Publishing Company.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125.
- Brundtland, G. H. (2002). Mensagem da directora geral. In Organização Mundial de Saúde, *Relatório mundial da saúde 2001: Saúde mental, nova concepção, nova esperança* (pp. XI-XIII). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Bueno, F. M. G., & Queiroz, M. S. (2006). O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 222-227.
- Burman, M. E. (2001). Family caregiver expectations and management of the stroke trajectory. *Rehabilitation Nursing*, 26(3), 94-99.
- Caldas, C. P. (2000). O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivência um processo demencial. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19(3), 733-781.
- Caldeira, A. P. S., & Ribeiro, R. C. H. M. (2004). O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11(2), 02-06.
- Calmels, P., Ebermeyer, E., Bethoux, F., Gonard, C., & Fayolle-Minon, I. (2002). Relationship between burden of care at home and functional independence level after stroke. *Annales de Readaptation et de Médecine Physique*, 45(3), 105-113.
- Camargo, R. C. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. Vol.6, n.º 2, p. 231-254. Acesso em Dezembro 27, 2012. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>. ISSN 1806-6976.
- Cameron, J. I., Cheung, A. M., Streiner, D. L., Coyte, P. C., & Stewart, D. E. (2006). Stroke survivors' behavioural and psychologic symptoms are associated with informal

caregivers' experiences of depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(2), 177-183.

Campana, A. O., Padovani, C. R., Iaria, C. T., Freitas, C. B. D., Paiva, S. A. R., & Hossne, W. S. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole Lda.

Campos, A. C. (2006). Apresentação da rede de cuidados continuados integrados de saúde. Acesso em Dezembro 18, 2009, em: <http://www.portugal.gov.pt/>

Canel, R. C. & Castro, C. G. J. (2008). A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. *Rev. Direito Sanit.* [online]. 2008, 9(1), 74-85. ISSN 1516-4179.

Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M., & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas actuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 48, nº 2, p. 613-17 Acesso em Dezembro 23, 2012. Disponível em [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

Cardoso, T., Fonseca, T., & Costa, M. (2003). *Acidente vascular cerebral no adulto jovem*. Porto: Departamento de Medicina. Hospital Pedro Hispano-Unidade de Saúde de Matosinhos.

Carvalho, C. A., Peixoto, N. M., & Capella, P. D. (2007). Análise comparativa da avaliação funcional do paciente gerátrico institucionalizado por meios dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital*, 12(114)., em: <http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institu>.

Carvalho, M. I. L. B. (2006, Outubro). Orientação da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes: Modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus. Odivelas: Comunicação apresentada ao *I Congresso Internacional de Gerontologia Viver para Sempre*. Odivelas, Portugal.

Cattani, R. B., & Perlini, N. M. O. G. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 06(02), 254-271. Acesso em Julho 13, 2008, em <http://www.fen.ufg.br>.

Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: Uma acção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia*, 13(1), 133-150.

César, A. M., & Santos, B. R. L. (2005). A percepção dos cuidadores familiares ao programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 647-52.

- Choi-Kwon, S., Kim, H. S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5), 1043-1048.
- Clark, P. C., & King, K. B. (2003). Comparison of family caregivers: Stroke survivors vs person with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(2), 45-53.
- Clark, P. C., Dunbar, S. B., Aycock, D. M., Courtney, E., & Wolf, S. L. (2006). Caregiver perspectives of memory and behaviour changes in stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 31(1), 26-32.
- Clark, P. C., Dunbar, S. B., Shields, C. G., Viswanathan, B., Aycock, D. M., & Wolf, S. L. (2004). Influence of stroke survivor characteristics and family conflict surrounding recovery on caregivers' mental and physical health. *Nursing Research*, 53(6), 406-413.
- Clark, P. C., Shields, C. G., Aycock, D. M., & Wolf, S. L. (2003). Preliminary reliability and validity of a family caregiver conflict scale for stroke. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18(2), 77-82, 92.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. Acesso em Fevereiro 29, 2013, em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem: Beta 2. Lisboa: IGIF, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) – *Classificação internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Versão 1.0*. Lisboa: IGIF.
- Cook, A. M., Pierce, L. L., Hicks, B., & Steiner, V. (2006). Self-care needs of caregivers dealing with stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(1), 31-36.
- Costa, D., Costa, L., Barata, M., Marques, S., & Vaz, R. (2007). Apoio social e sobrecarga dos cuidadores informais. In Livro de resumos do XXIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia e Encontro Nacional de Enfermagem Neurocirúrgica (pp. 15). Lisboa: SPNC. Acesso em Outubro 07, 2008, em [http://www.spnc.pt/SPNC-Livro%20de%20Resumos\\_Net.pdf](http://www.spnc.pt/SPNC-Livro%20de%20Resumos_Net.pdf)
- Costa, I. A. C. (2009). Burnout e Qualidade de Vida em Prestadores de Cuidados Informais. Tese de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Couto, C. B. (2004). O paciente oculto: Revelando as consequências que o cuidador de um paciente portador de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Crespo, M., & López, J. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19, AN 24805796. Acesso em Setembro 09, 2008, em <http://web.ebscohost.com/ehost/results>

Cruz, D. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista Referência*. Série III<sup>a</sup>, nº2, p.127-136.

Cunha, E. P. (2006). Prevenção secundária do acidente vascular cerebral. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Farmacologia.

Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281.

Damas, K. C. A., Munari, D. B., & Siqueira, K. M. (2004). Cuidando do cuidador: Reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 06(02), 272-278. Acesso em Junho 10, 2008, em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/811/928>

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: Adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11(1), 38-45.

Despacho nº 16415/2003 de 22 de Agosto. *Diário da República nº 193/2003 - II Série*. Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

Direcção - Geral da Saúde (2010). Elementos estatísticos: informação geral saúde/2008. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acesso em Julho 19, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>

Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento (2001). Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral da saúde.

Draper, P., & Brocklehurst, H. (2007). The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 264-271.

Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e Múltiplos. *Revista*

*Latino Americana de Enfermagem*, 15(5). Acesso em Novembro 28, 2009, em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf)

Duarte, Y. A. O. (2001). Família: Rede de suporte ou factor estressor: A ótica de idosos e cuidadores familiares. Tese de doutoramento, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Duarte, Y. A. O., & Diogo, M. J. D. (Eds.). (2005). Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu.

Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 317-325.

Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., & Vézina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of palliative medicine*, Aug. 9(4), 912-921.

Eams, S., McKenna, K., Worrall, L., & Read, S. (2003). The suitability of written education materials for stroke survivors and their carers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(3), 70-83.

Elsen, I., Marcon, S. S., & Santos, M. R. (Orgs.). (2002). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem.

Ethgen, O., Van Parisjs, P., Delhalle, S., Rosana, S., Bruyere, O., & Reginster, J. (2001). Importance of social companionship in the determination of health-related quality of life in and knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 44(Suppl.), 183.

European Stroke Initiative Executive Committee, & European Stroke Initiative Writing Committee (2003). European Stroke Initiative recommendations for stroke management: Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, 16(4), 311-337.

Euzébio, C. V. (2005). O perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de AVC. Dissertação acadêmica, Universidade Católica de São Salvador, Brasil.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1964). *Manual of the Eysenck personality inventory*. Kent: Hodder and Stoughton.

Fatoye, F. O., Komolafe, M. A., Adewuya A. O., & Fatoye, G. K. (2006). Emotional distress and self-reported quality of life among primary caregivers of stroke survivors in Nigeria. *The East African Medical Journal*, 83(5), 271-279.

Fernandes, A. A. (2005). Envelhecimento e saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 45-48.



- Fernandes, J. B. R. (2009). Cuidar no domicílio a sobrecarga do cuidador familiar. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Fernandes, M. C., Pereira, M. L. S., Ferreira, M. A., Machado, R. F., & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Ferreira, C. & Alves, P. (2011). A personalidade e os resultados Escolares. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 79-72. Acesso em em Janeiro, 29, 2013, em <http://digitalis.uc.pt/termos>
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2002). CUIDE. Cuidadores de idosos na Europa: Um instrumento de avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados a idosos. *Psychologica*, 3, 153-159.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2007, Julho). Dificuldades e fontes de satisfação percebidas por cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. Comunicação apresentada no VI Congresso Europeu Envelhecimento Activo e Saudável Para Todos os Europeus, São Petersburgo, Rússia.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Fonseca A. M. (2004). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, N. R., & Penna, A. F. G. (2008). Perfil do cuidador familiar de paciente com sequela de AVE. *Ciência e Saúde Colectiva*, 13(4), 1175-1180.
- Fonseca, T. S. B. (2010). Sobrecarga, depressão e generatividade em mulheres cuidadoras informais. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de psicologia.
- Forsberg-Warleby, G., Moller, A., & Blomstrand, C. (2001). Spouses of first-ever stroke patients: Psychological well-being in the first phase after stroke. *Stroke*, 32(7), 1646-1651.
- Forsberg-Warleby, G., Moller, A., & Blomstrand, C. (2004). Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 18(4), 430-437.
- Forster, A., Smith, J., Young, J., Knapp, P., House, A., & Wright, J. (2001). Information provision for stroke patients and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001919.

Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusodidacta.

Fragoeiro, I. M. (2008). A saúde mental das pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

França, J. C. P. M. (2010). Saúde Mental e necessidades nos cuidadores de famílias com demência. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. (Eds.) (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gagliardi, R. J., Raffin, C. N., & Fábio, S. R. C. (2001). Tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Brasil: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Galvão, C. M., Sawada, N. O. & Rossi, L. A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, 10, (5), 690-695.

Garcia, C. I. R. S. (2009). Tradução e validação do consequence of care index: Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga dos familiares cuidadores. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 39-48.

Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 835-841.

George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2005). A psicologia e a vida. Porto Alegre: Artmed.

Giacomin, K. C., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. F. (2005). Projeto Bambuí: A experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1509-1518.

Gil-Monte, P. R. (2004). Cuidando de quem cuida. *Psicologia em estudo*, 9(1), 137-138.

Giles, M. F., & Rothwell, P. M. (2008). Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*, 30, 205-206.

Gilmet, K., & Burman, M. E. (2003). Stroke perceptions of well laypersons and professional caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 52-56.

- Gimeno, A. (2001). *A família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto de Piaget.
- Gomes, A. (2008, Novembro 26). Viseu é dos distritos do país com maior prevalência de AVC: O AVC no Hospital de Viseu é um problema. Acesso em Março 03, 2009, em <http://www.jornaldocentro.pt/>
- Gomes, A., Nascimento, E., Matos, L., Martins, I., Mós, M., Correia, J., et al. (2008). Acidente vascular cerebral no adulto jovem: Estudo prospectivo de 58 doentes. *Medicina Interna*, 15(3), 161-168.
- Gonçalves, D. (2006, Março 31). Dia do AVC: Estudo em Portugal deixa alerta treze em cada cem homens e oito em cada cem mulheres vão ter um AVC. *Jornal de Medicina e Saúde*. Acesso em Abril 23, 2013 em [http://jornalmedicinaesaude.blogspot.pt/2006\\_03\\_01\\_archive.html](http://jornalmedicinaesaude.blogspot.pt/2006_03_01_archive.html)
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., & Santos, S. M. A. (2005). *Cuidadores leigos de pessoas idosas*. In Y. A. O. Duarte, & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Gonçalves, L. O. (2002). *Famíliares de idosos atendidos na Clínica da Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale Itagá-Univali*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.
- González, M. A. A. (2001). *Stress: Temas de psiconeuroendocrinologia*. São Paulo: Robe.
- Gosman-Hedstrom, G., & Claesson, L. (2005). Gender perspective on informal care for elderly people one year after acute stroke. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17(6), 479-485.
- Grant, J. S., Elliot, T. R., Giger, J. N., & Bartolucci, A. A. (2001). Social problem-solving telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(3), 181-189.
- Grant, J. S., Elliot, T. R., Weaver, M., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33(8), 2060-2065.
- Grant, J. S., Elliot, T. R., Weaver, M., Glandon, G. L., Raper, J. L., & Giger, J. N. (2006). Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(3), 343-350.
- Grant, J. S., Glandon, G. L., Elliot, T. R., Giger, J. N., & Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 105-111.

- Grant, J. S., Weaver, M., Elliott, T. R., Bartolucci, A. R., & Newman, J. G. (2004). Sociodemographic, physical and psychosocial factors associated with depressive behaviour in family caregivers of stroke survivors in the acute care phase. *Brain Injury*, 18(8), 797-809.
- Grasel, E., Schmidt, R., Bichler, J., & Schupp, W. (2006). Long term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 577-583.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2004). *Apoio à Família*. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Guerra, S., Mendes, A., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2009). Reconhecer e valorizar os cuidadores familiares: A experiência de um programa psicoeducativo no contexto da demência. Acesso em Abril 22, 2009, em <http://www.ua.pt/cs/ReadObject>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.
- Harding, R., & Higginson, I. J. (2003). What is best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 17(1), 63-74.
- Hare, R., Rogers, H., Lester, H., McManus, R., & Mante, J. (2006). What do stroke patients and their carers want from community services. *Family Practice*, 23(1), 131-136.
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Holmqvist, L. W., Von Koch, L., & Pedro-Cuesta, J. (2000). Use of healthcare, impact on family caregivers and patient satisfaction of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(4), 173-179.
- Hunt, D., & Smith, J. A. (2004). The personal experience of carers of stroke survivors: An interpretative phenomenological analysis. *Disability Rehabilitation*, 26(16), 1000-1011.
- Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Imagário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador dependente*. Coimbra: Formasau.
- Ingall, T. J. (2001). Prevenção do acidente vascular isquémico: Abordagens actuais para a prevenção primária e secundária. *Postgraduate Medicine*, 15(5), 13-23.
- Instituto da Segurança Social (2008). *Acção social: Rede nacional de cuidados continuados integrados*. Acesso em Maio 09, 2008, em <http://www.seg-social.pt>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). Estatística-Via Verde AVC: nº de registos AVC por número de casos por ano. Acesso em Fevereiro 13, 2013, em [http://avc.inem.pt/avc/stats\\_avc\\_site/stats.asp](http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp)

Instituto Nacional de Estatística (2008). Rendimento e condição de vida, 2006. Acesso em Dezembro 19, 2009, em [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu)

International Society of Hypertension (1999). Guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 17(2), 151-183.

Jara, A. J. P. (2007). Desporto saúde e segurança. Acesso em Maio 30, 2007, em <http://www.Congressodesporto.gov.pt/ficheiros/Evora/SaudeAntnio.Jara.pdf>.

Jesus, M. J. R. J. (2008). Orientações técnicas para cuidadores informais na área dos cuidados continuados. Curso de pós-graduação em cuidados continuados de saúde, Universidade Atlântica, Madeira, Portugal. Acesso em Dezembro 10, 2009, em <http://www.citma.pt/Uploads/Manuel%20Jesus.pdf>

Jones, A. L., Charlesworth, J. F., & Hendra, T. J. (2000). Patient mood and carer strain during stroke rehabilitation in the community following early hospital discharge. *Disability and Rehabilitation*, 22(11), 490-494.

José, S. J., & Wall, K. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. Acesso em Fevereiro 10, 2009, em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR4628cf21f1b41\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628cf21f1b41_1.pdf)

Jullmate, P., Azeredo, Z., Paul, C., & Subgranon, R. (2006a). Informal stroke rehabilitation: What do Thai caregivers perform? *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(4), 309-314.

Jullmate, P., Azeredo, Z., Paul, C., & Subgranon, R. (2006b). Thai stroke patient caregivers: Who they are and what they need. *Cerebrovascular Diseases*, 21(1-2), 128-133.

Jungbauer, J., Von Cramon, D. Y., & Wilz, G. (2003). Long-term life changes and stress sequelae for spouses of stroke patients. *Nervenarzt*, 74(12), 1110-1117.

Kalache A. (2008). O mundo envelhece: É imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Colectiva*, 13(4), 1107-1111.

Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., et al. (2004a). Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial. *Evidence-Based Nursing*, 7(4), 118.

Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., et al. (2004b). Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial. *ACP Journal Club*, 141(3), 67.

- Kao, H. F., & McHugh, M. L. (2004). The role of caregiver gender and caregiver burden in nursing home placements for elderly taiwanese survivors of stroke. *Research in Nursing & Health*, 27(2), 121-134.
- Karsch, U. M. (2003a). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Karsch, U. M. S. (2003b) A questão de cuidadores. *Anais do Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo, Brasil, 28-31.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.
- Kauffman, T. L., Jackson, O., Reynolds, P., Barr, J., & Moran, M. (2001). *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kaufmann, J. C. (2000). A mulher só e o príncipe encantado. Lisboa: Editorial Notícias.
- Kerr, S. M., & Smith, L. N. (2001). Stroke: An exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*, 15(4), 428-436.
- King, R. B., & Semik, P. E. (2006). Stroke caregiving: Difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(4), 37-44.
- King, R. B., Carlson, C. E., Shade-Zeldow, Y., Bares, K. K., Roth, E. J., & Heinemann, A.W. (2001). Transition to home care after stroke: Depression, physical health, and adaptive processes in support persons. *Research in Nursing & Health*, 24(4), 307-323.
- Kitze, K., Von Cramon, D. Y., & Wilz, G. (2002). The emotional burden in caregiving relatives of stroke patients. *Rehabilitation*, 41(6), 401-406.
- Kristjanson, L. J., & Aoun, S. (2004). Palliative care for families:remembering the hidden patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 359-365.
- Kuriki, F., Toyama, F., & Pluciennik, G. A. (2004). Conceituação de redes sociais: Um olhar teórico sobre duas experiências práticas. Monografia do Curso de MBA Gestão e Empreendedorismo Social, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Kuroda, A., Kanda, T., & Asai, N. (2003). Health-related quality of life assessed by EuroQol in caregivers of home care stroke patients. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 40(4), 381-389.
- Lacerda, M. R. (2008). Exercício (I) legal da Enfermagem: a realidade do Cuidador Informal. *Cogitare Enferm*, Jul/Set 13(3), 343-51.

- Lage, M. I. S. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Laham, C. F. (2003). Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Leal, F. L. B. G. (2001). Intervenção de enfermagem no acidente vascular cerebral. In J. M. Padilha, A. G. Cruz, V. M. Pinto, P. J. P. Queirós, F. M. D. Henriques, M. C. O. Alves, et al., *Enfermagem em neurologia* (1ª ed., pp. 131-151). Coimbra: Formasau.
- Leal, M. G. S. (2000). O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *A Terceira Idade*, 20, 19-29.
- Leandro, M. E. (2001). Sociologia da família nas sociedades contemporâneas. Lisboa: Universidade Aberta.
- Leandro, M. E. (2003). Família em mudança. *Cadernos de Bioética*, 33, 57-70.
- Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro. Diário da República nº 30/2009 – I Série. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei nº 52/2005 de 31 de Agosto. Diário da República nº 167/2005 – I Série A. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da República nº155/2005 – I Série A. Lisboa: Assembleia da República.
- Leitão, G. C. M., & Almeida, D. T. (2000). O cuidador e a sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1), p. 80-85.
- Leite, S.N., & Vasconcelos, M. P. C. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências e Saúde*, 13(1), 113-128.
- Leme, L. E. G. (2000). A interprofissionalidade e o contexto familiar. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo, *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Levine, C., Albert, S. M., Hokenstad, A., Halper, D. E., Hart A. Y., & Gould, D. A. (2006). This case is closed: Family caregivers and the termination of home health care services for stroke patients. *The Milbank Quarterly*, 84(2), 305-31.
- Li, T. C., Lee, Y. D., Lin, C. C., & Amidon, R. L. (2004). Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of well-being and functioning using the SF-36 Health Questionnaire. *Quality of Life Research*, 13(6), 1081-1088.

- Lima, V., Caetano, J. A., Soares, E., Santos, Z. M. S. A. (2006). Factores de risco associados à hipertensão arterial sistémica em vítimas de acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 19(3), 148-154.
- Limongi-França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2005). Stress e trabalho: Guia prático com abordagem psicossomática (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stresss. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stresss: Teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). In B. Rangé, *Psicoterapia comportamental cognitiva: Pesquisa, prática, aplicação e problemas* (Vol. 1). Campinas, SP: Livro Pleno.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Lopes, L. M. P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: Uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 39-46.
- López, M.N.; Álvaro, A.R.; Santos, E.P.; Sánchez, A.B.S-O e Colomina, A.V.( 2002). *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Louie, S. W., Liu, P. K., & Man, D. W. (2006). The effectiveness of a stroke education group on persons with stroke and their caregivers. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(2), 123-129.
- Low, J. T., Roderick, P., & Payne, S. (2004). An exploration looking at the impact of domiciliary and day hospital delivery of stroke rehabilitation on informal carers. *Clinical Rehabilitation*, 18(7), 776-784.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221.
- Lyons, R., & Rudd, A. G. (2007). Health policy and outcomes 2006. *Stroke*, 38(2), 229-231.
- Machado, A. L. G., Freitas, C. H. A., & Jorge, M. S. B. (2007). O fazer do cuidador familiar: Significados e crenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5).
- Maly, C. A. B. (s.d). Formação de cuidadores idosos: Coletânea de textos. Colégio Politécnico Boock. Acesso em Março, 2013, em [www.politecnicoebook.com.br](http://www.politecnicoebook.com.br)



- Mant, J., Carter, J., Wade, D. T., & Winner, S. (2000). Family support for stroke: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 356, 808-813.
- Marin, M. J. S., & Angerami, E. (2002). Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 36(1), 33-41.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marote, A., Del Carmen, M., Leodoro, S., & Pestana, V. L. (2005). Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista Sinais Vitais*, 61, 19-24.
- Marques, S. (2005). *Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Altos Estudos.
- Marques, S. C. L. (2007). *Cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Martín, I., Paul, C., & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação do cuidador informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 3-9.
- Martins, M. (2003). A família, um suporte ao cuidar. Coimbra. *Revista Sinais Vitais*, 50, 52-56.
- Martins, M. C. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium*, 9(29), 255-268.
- Martins, M. M. F. P. S. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, R. M. L (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura, Badajoz, Espanha.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 9(31), 128-134.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.

- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garrett, C. (2004). Ansiedade e depressão em cuidadores informais de pessoas com incapacidade funcional. *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.415-420). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garrett, C. (2005). Saúde e bem-estar dos familiares cuidadores de doentes de AVC. In *Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto: Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, Escola Superior de Enfermagem São João.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181-2186.
- McIntyre, T. M. (2004). Perda e sofrimento na doença: Contributo da psicologia da saúde. *Psychologica*, 35, 161-179.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Mes- sias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advanc ed in Nursing Science*. Set. 23(1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Liippincott, Williams, & Wilkins.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (4th ed.). New York: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Melo, G., Maroco, J. & Mendonça, A. (2011). Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSDy. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26(12), 1275-1282.
- Melo, M. M. (2007, Outubro). Prevenção de acidentes domésticos em idosos. *5º Simpósio de Ensino de Graduação*. Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, Brasil.
- Melo, R. C. C. P. (2008). Auto-conceito: Implicação no desenvolvimento de estratégias de coping. *Nursing* [Edição portuguesa], 18(230), 6-13.
- Menemeyer, S. T., Taub, E., Uswatte, G., & Pearson, S. (2006). Employment in households with stroke after constraint-induced Movement therapy. *Neurorehabilitation*, 21(2), 157-65.

Mestre, M. J. B. N. (2010). Suporte social e coping nos cuidadores informais de idosos dependentes. Tese de Mestrado da Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Ministério da Saúde (2003). De que se morre mais em Portugal: As principais causas de morte em Portugal de 1990-1999. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Ministério da Saúde (2006). *Actualização do programa e controlo das doenças cardiovasculares: Circular normativa nº:03/DSPCS de 06/02/06*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2009). *Indicadores e metas do plano nacional de saúde: Internamentos pela via verde de episódios de AVC*. Acesso em Novembro 30, 2009, em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/doencas-cardiovasculares/internamento-pela-via-verde-avc-de-episodios-agudos-de-acidente-vascular-cerebral/>

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2001). *Circular Normativa nº11/DSPSM de 13 de Agosto: Impressos para a admissão na rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação pós-stress traumático*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2004). Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas (2006). Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acesso em Maio, 13, 2013, em [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016-versaoresumo\\_maio20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016-versaoresumo_maio20133.pdf)

Miranda-Sá Jr., L. S. (2001). Etiologia geral das enfermidades psiquiátricas. In L. Salvador de Miranda-Sá Jr., *Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica* (pp. 339-359). Porto Alegre: Artes Médicas.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados (2007). A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Acesso em Novembro 28, 2009, em [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page\\_46/ccintegrados\\_2009.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/ccintegrados_2009.pdf)

Molina, M. A. S. (2005). Enfrentando o câncer em família. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Brasil.

- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença*. Loures: Lusodidacta.
- Moniz, A. L. C. A. M. G. C. (2007). *Depressão e factores cronobiológicos*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Moreno, V., & Alencastre, M. B. (2003). A trajectória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(2), 43-50.
- Morimoto, T., Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.
- Nahas, M. V. (2003). *Actividade física, saúde e qualidade de vida*. Londrina: Midiograf.
- Nakatani, A. Y. K., Souto, C. C. S., Paulette, L. M., Melo, T. S., & Souza, M. M.. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1). Acesso em Maio 10, 2008, em <http://www.fen.ufg.br/revista>
- Nardi, E. F. R., & Oliveira, M. L.F. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar de idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(1), 47-53.
- Neman, F., & Souza, M. F. (2003). Experenciando a hospitalização com a presença da família: Um cuidado que possibilita conforto. *Nursing [Edição brasileira]*, 56(6), 28-31.
- Neri, A. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: Aspectos psicossociais. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 778-790). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador : In A. L. Neri, M. E. B. Pinto, C. Sommerhalder, M. R. Perracini & D. R. Yuaso, *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea.
- Nogueira, J. M. A., Henriques, I. L., Gomes, A. F., & Leitão, A. L. (2007). Enquadramento das unidades de reabilitação de acidentes vasculares cerebrais. Acesso em Maio 08, 2008, em [http://apfisio.pt/GrupoTrabalho/Reabilitacao\\_AVC.pdf](http://apfisio.pt/GrupoTrabalho/Reabilitacao_AVC.pdf)
- Novo, R. F. (2002). A avaliação da personalidade na idade adulta avançada: Objectivos e metodologias em análise. *Psychologica*, 31, 139-151.
- Nowotny, M., Dachenhausen, A., Stastny, P., Zidek, T., & Brainin, M. (2004). Empowerment, quality of life and participation in neurological rehabilitation: Empirical

study with stroke patients and their relatives. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154(23-24), 577-583.

Nunes, C. H. S. (2000). A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Nunes, I., & Alves, P. (2003). As dificuldades sentidas pela família do doente com acidente vascular cerebral no domicílio: Contributos para melhor cuidar. *Geriatrics*, 15(153), 10-19.

Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium*, 9 (31), 135-149.

Nunes, S., Pereira, C., & Silva, M. G. (2005). Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *EssFisiOnline*, 1 (3), 3-20. Acesso em Março 08, 2008, em <http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n3/pdfs/Evolucao%20Funcional%20de%20Utentes%20apos%20AVC.pdf>

O'Brien, G. P., Kennedy, Z. W., & Ballard, A. K. (2002). Enfermagem em saúde mental: Uma integração de teoria e prática. Lisboa: Mc Graw-Hill de Portugal.

O'Connell, B., & Baker, L. (2004). Managing as carers of stroke survivors: Strategies from the field. *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), 121-126.

O'Connell, B., Baker, L., & Prosser, A. (2003). The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute community settings. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(1), 21-28.

Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C., & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em actividades de vida diária e mobilidade: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-96.

Oliveira, J. B. & Gusmão, S. C. (2004). A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista - BA. In: Seclen-Palacin, J., Fernandes, A. S. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, 63-76.

Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 181-196.

Oliveira, R. G., & Marcon, S. S. (2007). Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: A prática do enfermeiro em Maringá. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 65-72.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Dia Internacional da Família. Acesso em Maio, 3, 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acesso em Julho, 10, 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/.../PQCEEComunitSaudePublica>

Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional (2011). *Parecer CJ 272/2011* (Divulgação da OE 28 de Abril de 2011). Conselho Jurisdicional, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Acedido em Fevereiro 4, 2013, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_272\\_2011\\_CJ\\_analise\\_juridica\\_deontologica\\_regime\\_juridico\\_CCISM.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_272_2011_CJ_analise_juridica_deontologica_regime_juridico_CCISM.pdf).

Organização Mundial de Saúde (2000). Conselho Executivo: 107ª Sessão. Acesso em Dezembro 19, 2009, em <http://www.saudemental.med.br/OMS.htm>

Organização Mundial de Saúde (2002). Relatório mundial da saúde 2001: Saúde mental, nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2003). Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial de Saúde (2009). Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Acesso em Fevereiro 26, 2009, em <http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>

Pádua, F. (2006, Maio). AVC: Em cada 20 minutos morre um português: Não entre neste número. *Jornal do Centro de Saúde*, 17. Acesso em Maio 13, 2008, em <http://www.cscarnaxide.min-saude.pt/jornal/artigo.asp?rev=17,2,28>

Pádua, F. (com a colaboração de Machado, I., Clara, J. G., Lisboa, P., Queiroz, M. V., Mendes, A., Pádua, J. M., et al.). (1999). *CINDI - Portugal: 3º quinquénio: 1998-2002*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

Paixão-Teixeira, C., & Silva, L. D. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Enfermería Global*, 15, 1-12. Acesso em Dezembro 2, 2009, em <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50421/48421>

- Parks, S. M., & Novielli, K. (2000) A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62(12), 2613-2620.
- Patel, A., Knapp, M., Evans, A., Perez, I., & Kalra, L. (2004). Training care givers of stroke patients: Economic evaluation. *BMJ British Medical Journal*, 328(7448), 1102.
- Pedro, K. S., & Marcon, S. S. (2007). Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoios da família. Brasil: Universidade Maringá.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em famílias de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Interface*, 12(25), 295-307.
- Pera, I. P. (2000). El cuidador familiar: Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados*, 4(7-8), 187-194. Acesso em Agosto 13, 2008, em [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC\\_07-08\\_22.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC_07-08_22.pdf)
- Pereira, I. C. B. F. (2011). Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance. Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa.
- Pereira, M. F. C. (2011). Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Perlini, N. M. O. G., & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: O fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 154-163.
- Pervin, L. A., & John, P. O. (2004). Personalidade: Teoria e Pesquisa. Porto Alegre: Artmed.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, S. M. C. (2010). Teoria das Transições: aplicação prática num adolescente submetido a um cardiodisfibrilador implantável. *Revista Sinais Vitais*, 93(12), 8-15.
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003) Enfermagem médico cirúrgica: Conceitos e prática clínica. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pierce, L. L. (2001). Caring and expressions of stability by urban family caregivers of persons with stroke within african american family systems. *Rehabilitation Nursing*, 26(3), 100-107, 116.

- Pierce, L. L., & Steiner, V. (2004). What are male caregivers talking about. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(2), 77-83.
- Pierce, L. L., Gordon, M., & Steiner, V. (2004). Families dealing with stroke desire information about self-care needs. *Rehabilitation Nursing*, 29(1), 14-17.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Govoni, A. L., Hicks, B., Cervantez Thompson, T. L., & Friedemann, M. L. (2004). Internet based support for rural caregivers of persons with stroke shows promise. *Rehabilitation Nursing*, 29(3), 95-99.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Govoni, A. L., Hicks, B., Thompson, T. L., & Friedemann, M. L. (2004). Caregivers dealing with stroke pull together and feel connected. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(1), 32-39.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Hicks, B., & Dawson-Weiss, J. (2007). Perceived experience of caring for a wife with stroke. *Rehabilitation Nursing*, 32(1), 35-40.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Hicks, B., & Holzaepfel, A. L. (2007). Problems of new caregivers of persons with stroke. *Rehabilitation Nursing*, 31(4), 166-172.
- Pimenta, G. M. F., Costa, M. A. S. M.C., Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, A. M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 609-614.
- Pimentel, L. (2008). Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. *VI Congresso Português de Sociologia Mundos Sociais: Saberes e Práticas* (pp. 1-15). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Acesso em Abril 30, 2012, <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/259.pdf>
- Pimentel, L. M. G. (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- Pinto, A. C. (2007). *Psicologia Geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pio-Abreu, J. L., & Pato, M. L. V. (1981). A utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica *Psiquiatria Clínica*, 2(2), 129-133.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (2009). Pesquisa exploratória: Procedimento metodológico para estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Acesso em Novembro 9, 2009, em <http://br.monografias.com/trabalhos2/pesquisa-exploratoria-procedimento/pesquisa-exploratoria-procedimento.shtml>



Pires, M. R. G. M. (2004). Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipação. Tese de doutoramento, Universidade de Brasília, Brasil.

Pires, S. L., Gagliardi, R. J., & Gorzoni, M. L. (2004). Estudo das frequências dos principais factores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62(3b), 844-851.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde-Plano Nacional de Saúde (2004). Lisboa: Ministério da Saúde. I vol.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde; Gomes, R. S. (2004). Implementação do PNS: Doenças Cardiovasculares.

Rainbow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *The Journal of the American Medical Association*, 291(4), 483-491.

Ramos, J. M. (2008). Evolução no cuidar. *Hospitalidade*, 72(279), 19-23.

Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2008). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º Ano do ensino universitário de Coimbra. Acesso em Setembro 08, 2008, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0368.pdf>

Regulamento nº129/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35/2011 – II Série*.

Relvas, A. P. (2002). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto, Afrontamento.

Resck, Z. M. R., Terra, F. S., Telles, A. E. R. N., Calil, M. V. B., & Silva, S. R. (2006). O ensino do auto cuidado à clientela com sequelas neurológicas e orientações aos seus familiares: Actividade extensionista. Brasil: Universidade Federal de Alfenas.

Resolução do Conselho de Ministros nº50/2004 de 13 de Abril. *Diário da República nº 87/2004 – II Série B*. Presidência do Conselho de Ministros.

Ribeiro, J. L. P. (2006). Prefácio. In T. Martins, *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores* (pp. 5-6). Coimbra: Formasau.

Ricarte, L.F. C. S (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Abel Salazar.

- Robinson, L., Francis, J., James, P., Greenwell, K., & Rodgers, H. (2005). Caring for carers of people with stroke: Developing a complex intervention following the medical research council framework. *Clinical Rehabilitation*, 19(5), 560-571.
- Rocha, M. P., Vieira, M. A., & Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801-808.
- Rodrigues, M. P. G. (2011). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: Versão Reduzida. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acesso em Maio 9, 2012, em <http://comum.rcaap.pt/>.
- Rolim, K. M. C., Pagliuca, L. M. F., & Cardoso, M. V. L. M. L. (2005). Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém nascido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (3), 432-440. Acesso em Dezembro 26, 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a19.pdf>
- Romão, A., & Pereira, A. (2008, Janeiro). Cuidadores informais: Conhecer os colaboradores da SCML. *Cidade Solidária*, 41-43.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Sá, S. P. C., Lindolpho, M. C., Santana, R. F., Ferreira, P. A., Saiter, I., Alfradique, P., et al. (2006). Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência: Actuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9( 3), 1-114.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). Metodologia de pesquisa (3ª ed.). São Paulo: McGraw Hill.
- Santos, C. S. B. (2006). Coping no processo de adaptação à saúde doença: Foco da prática de enfermagem. Comunicação apresentada em seminário sobre Coping e Adaptação aos Processos de Saúde e Doença. Universidade Católica Portuguesa
- Santos, C. S. V. B. (2003). Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família. Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Santos, D. I. F. A. (2008). As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: Um estudo no concelho da Lourinhã. Dissertação de mestrado em comunicação e saúde, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Santos, P. A. L. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Santos, S. M. A. (2006). Cuidadores Familiares de Idosos Dementados: uma reflexão sobre a dinâmica do Cuidado e da Conflitualidade Intrafamiliar. Laboratórios de Estudo das Violências. (LEVIS). Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em Abril 25, 2012, em [www.cfh.ufsc](http://www.cfh.ufsc).

Sawatzky, J.E., Fowler-Kerry (2003). Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 277-286.

Schlote, A., Richter, M., Frank, B., & Wallesch, C. W. (2006). A longitudinal study of health related quality of life of first stroke survivors' close relatives. *Cerebrovascular Diseases*, 22(2-3), 137- 142.

Schreiner, A. S., & Morimoto, T. (2003). The relationship between mastery and depression among japanese family caregivers. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 307-321.

Schwonke, C. R. G. B., Silva, J. R. S., Casalinho, A. L. D. A., Santos, M. C., & Vieira, F. P. (2008). Internação domiciliar: Reflexões sobre a participação do cuidador, família, enfermeiro no cuidado. *Ensaio e Ciência*, 12(1), 77-90.

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). Anatomia & fisiologia (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Sena, N. M. (2002). A marca da identidade: Personalidade. *Medicina & Saúde*, 5(59), 54-55.

Sena, R. R., Leite, J. C. A., Gonçalves, A. N., Chaves, M., Seixas, C. T., Braga, P. P. et al. (2002). Cuidado de enfermagem no domicílio: A internação domiciliar. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Relatório Técnico Preliminar.

Sequeira, C. A. C. (2007). Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(Supl.), 243-253.

Silva-Smith, A. L. (2007). Restructuring life: Preparing for and begining a new caregiving role. *Journal of Family Nursing*, 13(1), 99-116.

- Silva, A. A. P. (2001). Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Silva, E. J. A. (2010). Reabilitação após o AVC. Porto: Faculdade de Medicina/Universidade do Porto.
- Silva, J. M. (2006). História da medicina: Pioneiros de estudos epidemiológicos na doença cardiovascular. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Unidade de Biopatologia Vascular.
- Silva, J. M. O. N. (2011). Sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silva, J.M.O.N. (2011). Sintomatologia Psiquiátrica do cuidador informal. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silva, M. A. S. (2003). Idosos, família e cultura: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas SP: Alínea.
- Silva, M. G. (2012). Influence of personality on family caregiver's burden, depression and distress related to the behaviour of persons with dementia. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa.
- Silva, M. J. P., & Gimens, O. M. P. (2000). Eu: O cuidador. *O Mundo da Saúde*, 24, 306-309.
- Simões, C. (2002). Da privação sócio económica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento: Reflexões para uma praxis interventiva. *Análise Psicológica*, 20(3), 291-285.
- Simões, I. M. H. (2003). O acidente vascular cerebral na família: Dificuldades e mecanismos de compensação da mulher no cuidado informal. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Simon, C., & Kendrick, T. (2002). Community provision for informal live-in carers of stroke patients. *British Journal of Community Nursing*, 7(6), 292-298.
- Simon, C., & Kumar, S. (2002). Stroke patients' carers' views of formal community support. *British Journal of Community Nursing*, 7(3), 158-163.
- Simon, C., Little, P., Birtwistle, J., & Kendrick, T. (2003). A questionnaire to measure satisfaction with community services for informal carers of stroke patients: Construction and initial piloting. *Health & Social Care in the Community*, 11(2), 129-137.

- Simonetti, J. P., & Ferreira, J. C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 19-25.
- Singh, M., & Cameron, J. (2005). Psychosocial aspects of caregiving to stroke patients. *L'Axone*, 27(1), 18-24.
- Sit, J. W. H., Wong, T. K. S., Clinton, M., Li, L. S. W., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in the home: The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 816-824.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (Eds.) (2005). Tratado de enfermagem médico-cirúrgica (10ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, J., Forster, A., & Young, J. (2004). A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 18(7), 726-736.
- Smith, L. N., Norrie, J., Kerr, S. M., Lawrence, I. M., Langhorne, P., & Lees, K. R. (2004). Impact and influences on caregiver outcomes at one year post-stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 18(2), 145-153.
- Souza, J. A., Fontana, J. L., & Pinto, M. A. (2005). Depressão: Uma doença, várias apresentações. In: Horimoto, F. C., Ayache, D., C. G., & Sousa, J. A., *Diagnóstico e tratamento pelo clínico*. São Paulo: Roca.
- Struijs, J. N., Van Genugten, M. L., Evers, S. M., Ament, A. J., Baan, C. A., & Van den Bos, G. A. (2006). Future cost of stroke in the Netherlands: The impact of stroke services. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(4), 518-524.
- Suh, M., Kim, K., Kim, I., Cho, N., Choi, H., & Noh, S. (2005). Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 611-618.
- Suurmeijer, T. H. M., Waltz, M., Moum, T., Guillemin, F., Van Sonderen, F. L., Briançon, S., et al. (2001). Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: Results from the EURIDISS longitudinal study. *Arthritis Care & Research*, 45, 111-121.
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2003). Manual de enfermagem de cuidados intensivos: Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes. Loures: Lusociência.
- Tang, Y. Y., & Chen, S. P. (2002). Health promotion behaviours in chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, 17(4), 329-339.
- Teixeira, J. C. A., Meireles, J. P. C., & Carvalho, J. C. (2010). A teoria das transições em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12(4), 45-52.

- Teixeira, M. A. P., & Giacomini, C. H. (2002). Autoconceito: Da preocupação com o si-mesmo ao construto psicológico. *Psico*, 33, 343-362.
- Telles, J. L. (2007, Agosto). O cuidador no cenário assistencial nacional: O programa de formação de cuidadores MS/MDS. *Seminário Cuidador e Cuidado, Conhecendo a Realidade e Construindo o Futuro*. São Paulo, Brasil.
- Teng, J., Mayo, N. E., Latimer, E., Hanley, J., Wood-Dauphiness, S., Cote, R., et al. (2003). Cost and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients. *Stroke*, 34(2), 528-536.
- Thommessen, B., Wyller, T. B., Bautz-Holter, E., & Laake, k. (2001). Acute phase predictors of subsequent psychosocial burden in carers of elderly stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*, 11(3), 201-206.
- Tiegs, T. J., Heesacker, M., Ketterson T. U., Pekich, D. G., Rittman, M. R., Rosenbek, J. C., et al. (2006). Coping by stroke caregivers: Sex similarities and differences. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(1), 52-62.
- Tooth, L., McKenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury*, 19(12), 963-974.
- Van den Heuvel, E. T., White, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom de Jong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15(6), 669-677.
- Van den Heuvel, E. T., White, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: Which caregivers benefit the most. *Patient Education and Counseling*, 47(4), 291-299.
- Van Exel, N. J., Koopmanschap, M. A., Van den Berg, B., Brouwer, W. B., & Van den Bos, G. A. (2005). Burden of informal caregiving for stroke patients: Identification of caregivers at risk of adverse health effects. *Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 11-17.
- Van Heugten, C., Visser-Meily, A., Post, M., & Lindeman, E. (2006). Care for carers of stroke patients: Evidence-based clinical practice guidelines. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(3), 153-158.
- Vasconcelos, E. M. (2002). Saúde mental e serviço social (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Vaz-Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-84.

- Vaz-Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (1ª ed.). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vaz-Serra, A. (1996). A depressão. *Pathos*, 12(5), 17-20.
- Vaz-Serra, A. (2000). Vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz-Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Vaz-Serra, A., & Pio-Abreu. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vaz-Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- Vaz-Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, F. J. (1980). Resultado da aplicação do Eysenk personality inventory a uma amostra da população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 127-132.
- Velez, M. J. D. (2004). AVC Isquémico: terapêutica na fase aguda. *Medicina Interna*. 11(1), 49-52.
- Vilaça, C. M., Barreiros, D. S., Galli, F. A., Borçari, I. T., Andrade, L. F., Goulart, M. A., et al. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio: Percepção de académicos de enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7(2), 221-226. Acesso em Abril 25, 2012, em <http://www.fen.ufg.br>
- Vilela, A. B. A., Meira, E. C., Souza, A. S., Souza, D. M., Cardoso, I. S., Sena, E. L. S., et al. (2006). Perfil do familiar cuidador de idoso doente e ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 55-69.
- Visser-Meily, A., Van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 56, 257-267.
- Visser-Meily, J. M., Post, M. W., Riphagen, I. I., & Lindeman, E. (2004). Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: A review. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 601-623.
- Vitalim, L. M. (2005, Setembro). Stress no cotidiano do familiar cuidador de doenças neurológicas graves. Comunicação apresentada no *II Congresso Brasileiro de Stress, Teoria e Pesquisa* e *V Congresso da Associação Brasileira de Qualidade de Vida*. São Paulo, Brasil.

- Von Renteln-Kruse, W., Nogaschewski, K., & Meir-Baumgartner, H. P. (2002). Knowledge concerning illness, expectations and perceptions of treatment of elderly stroke patients and family caregivers: A prospective study during inpatient treatment. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(3), 241-249.
- Wernet, M. & Ângelo, M. (2003) – Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev. Escola Enfermagem USP*; 37 (1): 19-25
- White C. L., Poissant, L., Cote-Blanc, G., & Wood-Dauphinee, S. (2006). Long-term caregiving after stroke: The impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(5), 354-360.
- White, C. L., Lauzon, S., Yaffe, M. J., & Wood-Dauphinee, S. (2004). Toward a model of quality of life for family caregivers of stroke survivors. *Quality of Life Research*, 13(3), 625-638.
- White, C. L., Mayo, N., Hanley, J. A., & Wood-Dauphinee, S. (2003). Evolution of the caregiving experience in the initial 2 years following stroke. *Research in Nursing & Health*, 26(3), 177-189.
- Wilkins, S., Law, M., & Lets, L. (2001). Assessment of functional performance. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Williams, F. (2010). *Repensar as Famílias*. Cascais: Princípiã.
- Wright, L. M. & Leahey (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e Intervenção em família*. Brasil: Roca.
- Wyller, T. B., Thommessen B., Sodring, K. M., Sveen, U., Pettersen, A. M., Bautz-Holter, E., et al. (2003). Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 410-417.
- Yuaso, D. R. (2002). Cuidar de cuidadores: Resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In A. L. Neri, M. E. B. Pinto, C. Sommerhalder, M. R. Perracini & D. R. Yuaso, *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea.
- Zétola, V. H. F., & Nókav, E. M. (2001). Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: Análise de 164 casos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59(3b), 740-745.



Zwygart-Stauffacher, M., Lindquist, R., & Savik, K. (2000). Development of health care delivery systems that are sensitive to the needs of stroke survivors and their caregivers. *Nursing Administration Quarterly*, 24(3), 33-42.

## **ANEXO I**

### **Pedidos de Autorização para a Aplicação de Escalas**



## **ANEXO II**

**Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu**



**ANEXO III**  
**Protocolo de Pesquisa**



## Instrumento de Colheita de Dados

Caro(a) Cuidador(a),

No âmbito da preparação da Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, na Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, subordinada ao tema “Estado de Ânimo e Saúde Mental dos Cuidadores Informais: Contributos para melhor cuidar”, venho pedir a sua colaboração para responder ao questionário que se segue.

A informação que fornecer é muito importante para compreendermos a vivência do importante papel do Cuidador Informal. Não existem respostas certas ou erradas, interessa apenas que as suas respostas sejam o mais honestas e rigorosas possível. As respostas são absolutamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Grata, desde já pela sua colaboração.

Viseu, 2008

### ESTADO DE ÂNIMO E SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS: CONTRIBUTOS PARA MELHOR CUIDAR.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### I - DADOS PESSOAIS DO CUIDADOR/ NÍVEL SOCIOECONÓMICO

1. Idade \_\_\_\_ anos
2. Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Estado Civil
  - ☐ Solteiro(a)
  - ☐ Casado(a)
  - ☐ Separado(a)/Divorciado(a)
  - ☐ União de Facto
  - ☐ Viúvo(a)
4. Grau de parentesco com a pessoa que cuida
  - ☐ Marido/Esposa
  - ☐ Filho(a) ou genro/nora
  - ☐ Sobrinho(a)
  - ☐ Outro \_\_\_\_\_
5. Situação Laboral
  - ☐ Desempregado(a)
  - ☐ Empregado(a) em tempo completo
  - ☐ Empregado(a) em tempo parcial
  - ☐ Outro \_\_\_\_\_
6. Zona de Residência ☐ Meio Rural ☐ Meio Urbano
7. Toma regularmente medicação para dormir, calmantes ou anti-depressivos?
  - ☐ Não
  - ☐ Sim (especifique quais e como) \_\_\_\_\_



### Escala de Graffar – Nível Sócio-Económico

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2001

1– Profissão	
<input type="checkbox"/>	Directores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários;
<input type="checkbox"/>	Chefes administrativos ou de grandes empresas e comerciantes;
<input type="checkbox"/>	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados;
<input type="checkbox"/>	Motoristas, polícias, cozinheiros e outros (operários especializados);
<input type="checkbox"/>	Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza; e outros (trabalhadores manuais ou operários não especializados);
Descrição: _____	
2- Nível de instrução	
<input type="checkbox"/>	Ensino universitário e equivalente;
<input type="checkbox"/>	Ensino médio ou técnico-superior (técnicos e peritos);
<input type="checkbox"/>	Ensino médio ou técnico-inferior (cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem academia);
<input type="checkbox"/>	Ensino primário completo;
<input type="checkbox"/>	Ensino primário incompleto ou nulo;
Descrição: _____	
3- Rendimento familiar	
<input type="checkbox"/>	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida;
<input type="checkbox"/>	Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados;
<input type="checkbox"/>	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo;
<input type="checkbox"/>	Os rendimentos resultam de salários, remuneração por semana, horas, tarefas;
<input type="checkbox"/>	A beneficência pública é que o sustenta ou à sua família;
Descrição: _____	
4- Conforto da habitação	
<input type="checkbox"/>	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, máximo conforto;
<input type="checkbox"/>	Casas ou andares sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis;
<input type="checkbox"/>	Casa ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho;
<input type="checkbox"/>	Categoria intermédia entre andares modestos e alojamento impróprio;
<input type="checkbox"/>	Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação;
Descrição: _____	
5- Aspecto do bairro habitado	
<input type="checkbox"/>	Bairro residencial e elegante, onde os valores dos terrenos são elevados;
<input type="checkbox"/>	Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas;
<input type="checkbox"/>	Bairros em ruas comerciais, estreitas ou antigas;
<input type="checkbox"/>	Bairros operários, populosos, mal arejados, próximos de fábricas;
<input type="checkbox"/>	Bairros de lata;
Descrição: _____	

## II - PREPARAÇÃO DO CUIDADOR PARA A ALTA DO IDOSO

1. Considera que a informação que lhe foi fornecida acerca da situação clínica do seu familiar foi:

Inexistente	Insuficiente	Razoável	Boa	Plenamente Suficiente

2. Participou na prestação de cuidados ao seu familiar? (higiene, vestir, posicionamentos, alimentação, outros)?

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

3. As suas dúvidas/medos/sentimentos foram escutados pelos profissionais de saúde?

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

4. Sente-se preparado para assumir o acto de cuidar do seu familiar em casa?

Nada	Insuficientemente	Razoavelmente	Bem	Totalmente

5. Apoio institucional formal:

No cuidado ao seu familiar dependente irá ter ajuda de:

☐ Centro de Dia

☐ Apoio Domiciliário

☐ Visitas Domiciliárias de Enfermagem

☐ Outro: \_\_\_\_\_

### III – DINÂMICA FAMILIAR E APOIO SOCIAL

#### Escala de Apgar Familiar

(Smilkstein, 1978 cit in Azeredo e Matos, 1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 - Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa?			
2 - Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3 - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4 - Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 - Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

#### Escala de Apoio Social

(Matos e Ferreira, 2000)

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1- Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo.					
2- Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente.					
3- Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas.					
4- Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer.					
5- Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido.					
6- As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem estar.					
7- Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema.					
8- Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.					
9- Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.					
10- Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência.					

11- Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me.					
12- Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.					
13- Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo: comida, tomar conta do correio, etc.).					
14- Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me “estenda a mão”.					
15- Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer.					
16- Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude.					

#### IV – DIMENSÃO PSICOLÓGICA

##### Inventário de Personalidade

(Vaz Serra, Ponciano e Freitas, 1980)

#### Instruções

Estão aqui algumas perguntas sobre a maneira como reage, sente e actua. À frente de cada pergunta existe um espaço para a resposta “SIM” ou “NÃO”. Tente decidir se “SIM” ou “NÃO” representam a sua maneira habitual de agir ou sentir. Coloque uma cruz no quadrado da coluna “SIM” ou “NÃO”. Responda depressa e não fique a pensar muito sobre a mesma pergunta. Desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de um longo juízo sobre o assunto. A resposta a todo o questionário não deverá tomar-lhe mais que alguns minutos. Assegure-se de que não saltou alguma pergunta. Comece o questionário, responda depressa e a todas as perguntas. Não há respostas certas ou erradas, pois isto não é um teste de inteligência ou aptidões, mas sim uma medida da maneira como reage.

	Sim	Não
1 – Anseia frequentemente por excitação? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Precisa, com frequência, de pessoas amigas compreensivas para lhe levantarem o ânimo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – É, normalmente, uma pessoa “descontraída”?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Custa-lhe muito receber um “não” como resposta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Pensa sempre bem antes de fazer qualquer coisa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Se disser que fará qualquer coisa cumpre sempre a promessa, por mais inconveniente que lhe seja fazê-lo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – O seu estado de humor varia com frequência?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – Geralmente, faz e diz as coisas rapidamente e sem pensar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Sente-se, às vezes, infeliz, sem motivo para isso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – Seria capaz de fazer fosse o que fosse por uma questão de desafio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 – Sente-se subitamente envergonhado(a) quando quer falar com um(a) desconhecido(a) atraente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 – De vez em quando perde a cabeça e zanga-se?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 – Age, muitas vezes, sob o impulso do momento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 – Preocupa-se frequentemente com coisas que não devia ter feito ou dito?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 – Geralmente, prefere ler a encontrar-se com pessoas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 – Ofende-se com bastante facilidade?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 – Gosta muito de sair?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 – Tem, ocasionalmente, pensamentos e ideias que não gostaria que os outros conhecessem?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 – Sente-se, às vezes, cheio(a) de energia e, outras vezes, muito apático(a)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 – Prefere ter poucos, mas bons amigos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 – Costuma “sonhar acordado”?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 – Quando as pessoas berram consigo, também lhes berra?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 – É frequentemente perturbado(a) por sentimentos de culpa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 – Os seus hábitos são todos bons e desejáveis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 – Consegue divertir-se e distrair-se numa festa animada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 – Considera-se uma pessoa tensa ou “nervosa”?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 – Os outros consideram-no(a) uma pessoa com muita vivacidade?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 – Depois de ter feito algo de importante, sente, com frequência, que podia ter feito melhor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 – Fica a maior parte do tempo calado(a) quando está com outras pessoas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 – Às vezes é bisbilhoteiro(a)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 – Costuma ter tantas ideias na cabeça que não consegue dormir?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 – Se há alguma coisa que pretende saber, prefere procurar um livro a conversar com alguém sobre o assunto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 – Costuma ter palpitações ou o coração a bater muito? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 – Gosta do tipo de trabalho que exige muita atenção?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 – Costuma ter crises em que sente o corpo a tremer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 – Declararia sempre tudo na alfândega, mesmo que soubesse que nunca o (a) descobririam?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 – Detesta estar com um grupo em que se pregam partidas uns aos outros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 – Considera-se uma pessoa irritável?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 – Gosta de fazer coisas em que precisa de actuar depressa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 – Costuma preocupar-se com coisas desagradáveis que poderiam acontecer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 – Considera-se uma pessoa lenta e sem pressa na sua vida quotidiana?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 – Já alguma vez chegou atrasado(a) a um encontro ou ao trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 – Costuma ter muitos pesadelos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 – Gosta tanto de conversar com pessoas, que nunca perde uma oportunidade de falar com um desconhecido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 – Costuma sentir-se perturbado(a) com dores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 – Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse contactar com muita gente a maior parte do tempo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 – Considera-se uma pessoa nervosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 – De todas as pessoas que conhece, há algumas de que, declaradamente, não gosta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 – Considera que tem confiança em si próprio(a)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 – Sente-se facilmente ofendido(a) quando as pessoas descobrem uma falta em si ou no trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 – Acha realmente difícil conseguir divertir-se numa festa animada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 – Costuma sentir-se perturbado(a) por sentimentos de inferioridade?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 – Consegue realmente dar vida a uma festa enfadonha?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 – Por vezes fala de assuntos de que nada conhece?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 – Costuma preocupar-se com a sua saúde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 – Gosta de pregar partidas aos outros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 – Costuma sofrer de insónias?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inventário Clínico de Auto-Conceito**

(Vaz Serra, 1986)

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
1- Sei que sou uma pessoa simpática.					
2- Costumo ser franca a exprimir as minhas opiniões.					
3- Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.					
4- No contacto com os outros costumo ser uma pessoa faladora.					
5- Costumo ser rápida na execução das tarefas que tenho para fazer.					
6- Considero-me tolerante para com as outras pessoas.					
7- Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.					
8- De um modo geral, tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.					
9- Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.					
10- Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.					
11- Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.					
12- Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.					
13- Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.					
14- Considero-me competente naquilo que faço.					
15- Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.					
16- A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.					
17- Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.					
18- Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.					
19- Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.					
20- Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.					

**QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal)**

(Martins, T.; Ribeiro, J.L.P.; Garret, C., 2003)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique, referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua causa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5

17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

### Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS

(Vaz Serra, 2000)

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 - Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6 – Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Dou e recebo afecto com regularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem. Quanto esperava a realizar as minhas tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV e) Inventário de Depressão de Beck

Versão traduzida e aferida para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio-Abreu, (1973)

1. Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste todo o tempo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajada em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhada como pessoa (mãe/mulher).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecida a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Não me sinto culpada de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou má ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpada. Agora, sinto permanentemente que sou má e não valho absolutamente nada. Considero que sou má e não valho absolutamente nada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigada ou que em breve serei castigada. Sinto que mereço ser castigada. Quero ser castigada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Não me sinto descontente comigo. Estou desiludida comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostosa comigo. Odeio-me.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Critico-me a mim mesma pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesma. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Não fico agora mais irritada do que ficava. Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritada. Já não consigo ficar irritada por coisas que me irritavam anteriormente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos segura de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Não acho que tenho pior aspecto do que costumava. Estou aborrecida porque estou a parecer velha e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.  Sinto que sou feia ou que tenho um aspecto repulsivo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansada de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Não me sinto mais cansada do que o habitual. Fico cansada com mais facilidade do que antigamente. Fico cansada quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansada que sou incapaz de fazer seja o que for.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

19. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupada com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupada com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupada pela maneira como me sinto.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessada pela vida sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessada pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80) (Pio Abreu e Pato, 1981)**

**As perguntas seguintes dizem respeito ao modo como se tem sentido nos últimos tempos. Responda a todas elas, sublinhando a resposta que esteja mais de acordo.**

<b>Tem tido dores de cabeça?</b>	Muitas Vezes Poucas Vezes Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tem-se sentido enjoado ou mal disposto?</b>	Muitas Vezes Poucas Vezes Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Quando está adoentado procura sempre o médico?</b>	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tem-se sentido muito nervoso ou irritado?</b>	Muitas Vezes Poucas Vezes Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tem-se sentido satisfeito ou triste?</b>	Satisfeito Normal Triste	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Que tal tem andado a sua memória?</b>	Boa Regular Má	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tem tido a sensação de ter a cabeça pesada?</b>	Sim Raramente Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tem a sensação de que tudo, tudo lhe corre mal?</b>	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Custa-lhe a decidir sobre as pequenas coisas do dia a dia?</b>	Sim Raramente Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Consegue dormir sem dificuldades?</b>	Sim Quase Sempre Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tem-se preocupado por tudo e por nada?</b>	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Custa-lhe prestar atenção a uma conversa ou programa de rádio?</b>	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Acha que as pessoas o têm tratado de um modo diferente?</b>	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Existe alguma pessoa de quem não goste?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Está melhor quando está sozinho?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Acontecem-lhe coisas estranhas ou sem explicação	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

**Muito obrigada pela sua colaboração**

### V - Questionário Dirigido ao Idoso Dependente Pós-AVC

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos
2. **Sexo:**  
☐ Masculino                      ☐ Feminino
3. **Quando da sua admissão no hospital, foi seguido o Protocolo “Via Verde AVC”?**  
☐ Sim                      ☐ Não
4. **Tipo de dependência: (pode assinalar um ou mais itens)**  
☐ Física ☐ Cognitiva      ☐ Emocional

### ÍNDICE DE KATZ (forma actual) – Escala de Avaliação das AVD

(Freitas, Miranda e Nery, 2002)

1. **Banho (com esponja em duche ou banheira)**
  - Independente: necessita de ajuda para lavar-se em uma só parte do corpo (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou toma banho sem ajuda ..... ☐
  - Dependente: necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho ..... ☐
2. **Vestir-se**
  - Independente: vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos e abrigos; utiliza auxiliares mecânicos; exclui-se o apertar sapatos ..... ☐
  - Dependente: não se veste só ou veste-se parcialmente ..... ☐
3. **Utilização do W.C.**
  - Independente: vai ao W.C., entrando e saindo sozinho do mesmo; Limpa os órgãos excretórios (pode usar ou não suportes mecânicos); compõe a sua roupa .... ☐
  - Dependente: usa o bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C. .... ☐
4. **Mobilidade**
  - Independente : entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (pode usar ou não suportes mecânicos) ..... ☐
  - Dependente: precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; não utiliza uma ou mais destas deslocções ..... ☐
5. **Continência**
  - Independente: controle completo da micção e da defecção ..... ☐
  - Dependente: incontinência urinária ou fecal, parcial ou total; controle parcial mediante enemas, sondas ou o uso regular de bacios ou urinóis ..... ☐
6. **Alimentação**
  - Independente: leva a comida do prato ou equivalente até à boca (exclui-se da avaliação o cortar da carne e a preparação dos alimentos, como barrar com manteiga um pão) ..... ☐
  - Dependente: necessita de ajuda para o acto de se alimentar, tendo em conta o anteriormente referido; não come em absoluto ou recebe alimentação parenteral ... ☐

**Muito obrigada pela sua colaboração!**